

M324

CM 324

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Medicina
Departamento de Clínica Médica**

**A REALIDADE DAS CONSEQUENCIAS DO TABAGISMO À
SAÚDE E DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE NO
BRASIL E CANADÁ. UMA ANÁLISE COMPARATIVA.**

Aníbal José Sieber Dario

Florianópolis, 28 de Maio de 1996

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Medicina
Departamento de Clínica Médica**

**A REALIDADE DAS CONSEQÜÊNCIAS DO TABAGISMO À SAÚDE E
DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE NO BRASIL E
CANADÁ. UMA ANÁLISE COMPARATIVA.**

**MONOGRAFIA -
TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE
CURSO
DA 12ª FASE DO
CURSO DE
MEDICINA DA
UFSC.**

**AUTOR: ANIBAL J. S. DARIO
ORIENTADOR: ANTÔNIO CARLOS ESTIMA MARASCILO**

Florianópolis, 28 de Maio de 1996

RESUMO

Este estudo mostra a realidade do tabagismo, destacando suas consequências à saúde e as medidas de prevenção e controle, no Brasil e Canadá. Faz também uma análise comparativa destas duas realidades.

Os resultados mostram que a mortalidade geral relacionada às doenças tabaco-associadas é de 26% (60.000 mortes), com tendência a se agravar, enquanto no Canadá, a mortalidade é de 20% (38.000 mortes), decorrentes do tabagismo. A prevalência dos fumadores atuais é de 39,9%, no Brasil e 32% no Canadá. Os programas de prevenção e controle, PPC, existem desde 1985 nos dois países, com atividades diferenciadas, com coordenação central e estão de acordo com as determinações da Organização Mundial de Saúde. No Canadá, as atividades de prevenção e controle são mais intensas e diversificadas, tendo também um maior engajamento da sociedade.

Esse estudo conclui que as consequências à saúde são graves, e que, comparativamente, o Brasil está no caminho correto, em relação as medidas de prevenção e controle, mas seu sucesso depende de um maior engajamento da sociedade, especialmente dos profissionais de saúde, governantes e políticos.

ABSTRACT

This study shows the reality of smoking, detaching its consequences for health, and the measures of prevention and control, in Brazil and Canada. It does also a comparative analysis of these two realities.

The results show that in Brazil the general mortality related to tobacco-dependent diseases and associated is of 26% (66.000 deaths), with trend to be aggravated; while in Canada the mortality rate is of 20% (38.000 deaths), decurrente from smoking. The prevalence of present smokers of 39,9% in Brazil and 32,0% in Canada. The programs of prevention and control, PPC, exist since 1985 in the two countries; with differentiated activities, with central coordination and attending the determinations of the World Health Organization (WHO). In Canada the activities of PPC are more intense and diversified, having also a greater engagement of the society.

This study concludes that the consequences to health are serious, and that, comparatively, Brazil follows the right way, concerning to PPC, but its success depends on a greater engagement of the society, specially of the health professionals, public managers, and politicians.

APRESENTAÇÃO

O tabagismo é um tema amplo, pois vários fatores (de saúde, econômicos, médicos, sociais e culturais) influenciam decisivamente a decisão de fumar do indivíduo e a decisão de uma sociedade de combater este vício. Portanto, para compreendermos melhor a dimensão do tabagismo e avaliarmos com precisão as medidas que visam combatê-lo é indispensável termos a exata noção de sua realidade assim como detalharmos as medidas anti-tabagistas.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
A REALIDADE DO TABAGISMO NO BRASIL E NO CANADÁ	9
I - CARACTERÍSTICAS GERAIS	9
II - ASPECTOS ECONÔMICOS DO TABAGISMO	10
III - PREVALÊNCIA E CONSUMO	16
Brasil	16
Canadá	20
IV - TABAGISMO E SAÚDE	22
Brasil	22
Canadá	24
V - CUSTOS DO TABAGISMO	26
Brasil	26
Canadá	27
ATIVIDADES DE PREVENÇÃO E CONTROLE	28
Brasil	28
Canadá	35
RESULTADOS	44
DISCUSSÃO	47
CONCLUSÕES	54
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXO 1	56
ANEXO 2	57
ANEXO 3	58

INTRODUÇÃO

O hábito de consumir o tabaco iniciou há aproximadamente 3000 anos AC. no continente americano.²

Os primeiros a observar tal hábito foram os homens que viajaram com Cristóvão Colombo em sua primeira expedição para a América, em 1492, quando os nativos ofereceram-lhes folhas da planta como sinal de amizade e depois ao viajar pelo litoral americano quando viram os índios fumando.¹³

A partir de então vários viajantes testemunharam a intensidade do hábito e o tratamento como produto sagrado dado ao tabaco pelos índios. Experimentaram a planta e **seus “atributos” sagrados tão reverenciados:** analgésico, supressor e estimulante da sede em pequenas doses; e, facilitador de objetivos espirituais e curador de espíritos em grandes doses. Além dos atributos médicos e espirituais o tabaco também tinha o atributo social uma vez que era usado para consolidar amizades, dar ímpeto as negociações, dançar, fortalecer os guerreiros e nos conselhos de guerra. Este fenômeno era observado em toda o continente, tendo relatos de seu uso do sul do Brasil à Montreal no Canadá.²

Os fins medicinais eram variados, sendo usado desde para a cura de parasitoses até o tratamento de psicoses; e era feito de diversas formas: mascando, bebendo, chupando, aspirando (rapé), fumando e até percutâneo e em forma de enemas.²

Rapidamente os viajantes o levaram para a Europa onde teve, de imediato, uma repercussão muito favorável, principalmente quando Jean Nicot, em 1560, arquivista do Rei da França, relatou que a planta lhe tinha cicatrizado uma úlcera até então incurável, confirmando os **“maravilhosos poderes curativos”**. Posteriormente a planta foi denominada **Nicotiana** em homenagem a Nicot, suas virtudes terapêuticas aceitas praticamente sem restrições, sendo usado durante muitos anos no tratamento de vários males. Chegou-se a inventariar 59 doenças que poderiam ser curadas pelo tabaco; além disso servia de dentifrício e para espantar epidemias, **ao ponto de ser preconizada na Grande Peste de 1664/1666 para afastar a praga.**¹³

Anos depois, apesar da não confirmação de suas qualidades terapêuticas o tabaco difundiu-se pela Europa, chegando inclusive à Ásia e à África. E na América, principalmente na Virgínia, as plantações ganharam vulto. Desenvolveu-se também as plantações no Egito e Oriente. **O comércio de tabaco tornou-se altamente lucrativo**, surgindo entre o final do século XVI e início do século XVII companhias que se tornaram verdadeiras potências, como a Virginia Company da Inglaterra. Os governos de Jaime I e Felipe III, incentivados pelas altas rendas através dos impostos, suspenderam suas medidas restritivas e estabeleceram-se os primeiros monopólios, como o Fermiers-Généaux, em 1629 na França, **com poderes autocráticos e despóticos**.¹³

Robert Buton, no início do séc XVII, manifestou seu repúdio ao tabaco em sua obra ANATOMIA DA MELANCOLIA, classificando o hábito como “um flagelo, uma desgraça, uma alienação aos bens da terra e da saúde: infernal, diabólico e maldito tabaco, a ruína e o aniquilamento do corpo e da alma”. No final deste século o tabaco sofreu o primeiro grande abalo em seu status, quando perdeu a auréola de panacéia, e ficou restrito aos marinheiros, soldados e homens rústicos. Porém, no início do século XVIII, o consumo de tabaco voltou a crescer, chegando a tal ponto que se tornou num dos maiores valores do comércio internacional.¹³ **Para se ter uma idéia da importância do produto, no Brasil o tabaco chegou a ser usado como moeda no comércio de escravos, onde estes eram trocados por rolos de fumo.**⁴

Decorrente da variedade da forma de consumir o tabaco surgiram vários modismos na Europa e conseqüentemente no mundo: 1- A moda do cachinbo teve como “idade de ouro” o século XVII, tendo sido levado aos quatros cantos da mundo, e era considerado uma **afirmação de virilidade**. 2-No início do século XVIII espalhou-se a moda de aspirar rapé (tabaco em pó), **sendo inclusive atribuído propriedades medicinais, seja através de espirros que revigoravam o cérebro, seja na cura de bronquites e outros males respiratórios**. Catarina de Médicis servia-se de rapé para tratar suas enxaquecas. A moda do rapé durou cerca de dois séculos.* Foi também nesse século que ressurgiu o hábito de mascar. Todos mascavam o tabaco e cuspiam continuamente. Flosreceram então as escarradeiras públicas, pessoais, e até “de ouro”. Nos EUA, virou

* O nome tabaqueira anatômica resultou desta mania, pois colocava-se o rapé neste ponto do corpo para aspirar.

verdadeira epidemia. A penúltima moda foi a do charuto; iniciou no século XIX, espalhou-se pelos quatro continentes, chegando a tornar-se um produto universal e popular. Hoje o charuto está restrito a grupos apreciadores. Finalmente surgiu um novo produto, mais prático e mais popular: **o cigarro**. O precursor do cigarro data do século XVII, quando na Espanha consumiam pequenos rolos de tabaco enrolados em papel tosco, denominado "papelito". Implantou-se na Inglaterra em 1852 e a partir de então difundiu-se rapidamente atingindo inclusive o Oriente logo em seguida. Neste período travou-se uma luta entre as indústrias do charuto e do cigarro. Porém, apesar das campanhas contra promovidas pela indústria do charuto, que chegou a afirmar que o cigarro era produzido por chineses leprosos, o cigarro dominou amplamente o mercado.¹³

As duas grandes Guerras Mundiais, em 1914 e 1945, fizeram o consumo de cigarro disparar, assim como duas importantes mudanças sociais ocorridas no início do século XX: o aumento da tensão social e a maior participação da mulheres no mercado de trabalho (Essas mudanças foram em parte provocadas pelas próprias guerras).¹³

Estes dois fatores associados aos incentivos por parte da indústria tabagista contribuíram substancialmente para o **fenômeno da generalização**.¹³ Basta alguns dados para comprovar este fenômeno: como o aumento do consumo per capita de cigarros, de 750 para 3900 no consumo anual nos EUA, entre 1920 e 1960, e aumentos proporcionalmente semelhantes na Inglaterra, Rússia e vários outros países. Na América Latina apesar do tabagismo estar presente há séculos, foi apenas a partir das décadas de 60/70 que o consumo começou a atingir cifras elevadas. Hoje no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem aproximadamente um bilhão de fumantes.^{17, 13}

Entretanto, até as primeiras décadas do século XX, a despeito de algumas pessoas, não se imaginava as consequências graves do consumo elevado do tabaco.

A primeira advertência científica sobre os malefícios do tabaco foi em 1859, quando Bouissem, clínico francês, elaborou o primeiro estudo bem documentado de 68 doentes com câncer de lábios, da mucosa bucal e da língua, dos quais 66 fumavam cachimbo. Todavia, as demonstrações científicas irrefutáveis e convincentes da nocividade do tabaco foram iniciadas apenas em 1930.¹³ O estudo-marco foi a clássica pesquisa empreendida por DOLL e PETO em 1951,

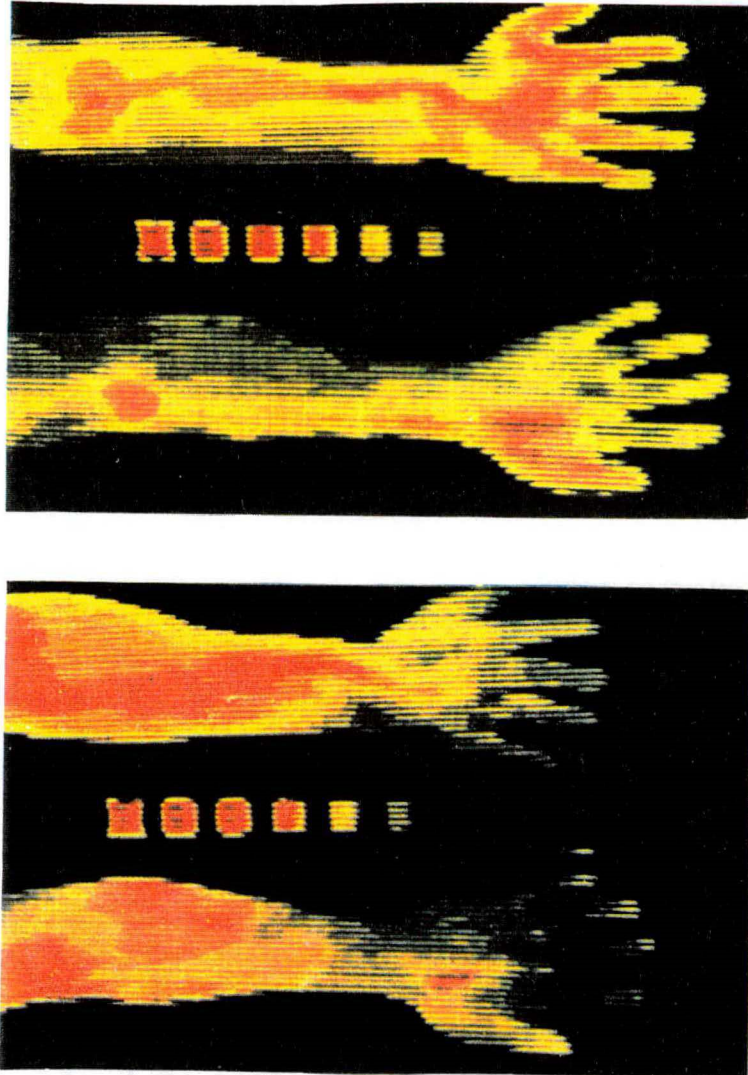
Alc

que comprovou ser o fumo o agente etiológico do câncer de pulmão.¹³ Este estudo causou grandes repercussões, revolucionando a visão médica e leiga sobre o tabagismo. A partir daí até 1987 foram realizados e divulgados cientificamente, entre investigações clínicas, epidemiológicas e experimentais cerca de 40.000 trabalhos, todos apontando o malefício do tabaco para a saúde. Sendo que, nestes trabalhos, o mais estudado foi o cigarro.

Estes trabalhos indicam que o tabaco é o responsável incontestavelmente por 90% dos casos de câncer de pulmão, 85% de doença bronco-pulmonar obstrutiva crônica (DBPOC) e 35% das coronariopatias¹, assim como de várias outras doenças como: úlcera do estômago e duodeno, câncer de boca, laringe, pâncreas e bexiga¹. Além disso, o tabaco é responsável pela diminuição da expectativa de vida entre 4 e 8 anos, pelo aumento da taxa de mortalidade geral e precoce, estando relacionados diretamente com o tempo e a quantidade consumida. Também está comprovado ser causador de maior incidência de abortos, ocorrências de recém-nascidos de baixo peso, nati-mortalidade e mortalidade neonatal.¹³

Hoje, sabe-se que o cigarro contém aproximadamente 4.000 substâncias, a grande maioria, tóxicas. As principais são: 1 - a nicotina, responsável pela fármaco-dependência do cigarro, elevação da frequência cardíaca, vasoconstricção periférica, com consequente aumento da pressão arterial, levando, desta forma, ao aumento da incidência de doenças cardiovasculares.(Figs. 1 e 2) 2 - o monóxido de carbono, que liga-se à hemoglobina, bloqueando-a e levando a queda permanente da taxa de saturação de oxigênio nos tecidos, mais uma vez colaborando no processo de lesões cardiovasculares; 3 - a acroleína, substância irritante da laringe aos alvéolos, sendo que o potencial irritante da fumaça do cigarro 100 milhões de vezes maior que a poluição atmosférica comum; 4 - os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, essas substâncias são altamente cancerígenas; e 5 - substâncias que interferem na atividade das enzimas, como é o caso da ativação da elastase, que destrói a elastina levando ao enfisema pulmonar.¹³

Pessoas que não fumam e crianças também sofrem essas consequências à medida que tornam-se fumantes passivos, apesar de ser, em geral, de menor grau.¹³



Figuras 1 e 2

Termograma demonstrando a vasoconstrição promovida por meio cigarro standardt. A cor vermelha traduz maior calor. A ausência de calor é proporcional à vasoconstrição. (De: Rosenberg 1987, adaptado)

Segundo um relatório do Departamento de Saúde e Bem Estar dos EUA somente em seu país 300.000 pessoas morrem prematuramente por ano, devido ao tabagismo. Na Inglaterra concluiu-se que morreram cerca de 1.000.000 de pessoas após a última guerra devido ao cigarro. No mundo, hoje, morrem aproximadamente 2,5 milhões de pessoas por ano em consequencia de doenças relacionadas ao tabagismo, o que representa 5% de toda a mortalidade mundial.^{17,1}

Além das consequências anteriormente mencionadas existe o que podemos chamar de **consequências indiretas**. Uma dessas consequências são as mortes causadas por incêndios. Por exemplo: nos EUA estima-se que morrem 2.000 pessoas por ano queimadas em incêndios desencadeados por fumantes. Outra consequência indireta são as intoxicações por agrotóxicos utilizados nas plantações de tabaco, **nestas o uso de agrotóxicos é aproximadamente 6,5 vezes maior do que em culturas comuns.**⁸

Decorrente disso, os prejuízos sócio-econômico-ecológicos tornaram-se enormes e preocupantes, mesmo considerando os impostos produzidos.²² Segundo a OMS o tabagismo provoca um prejuízo de US\$ 200 bilhões em todo o mundo^{12b}. Observa-se que o alto volume de impostos gerado pelo tabaco é um argumento intensamente usado pela indústria para defendê-lo das tentativas de reduzir o consumo.

Este prejuízo foi amplamente comprovado nos países ricos, onde por sinal se emprega grande parte dos impostos arrecadados com o tabaco na luta contra o tabagismo.¹³ Nos EUA, por exemplo, os gastos médios anuais decorrentes das consequências do tabagismo alcançam aproximadamente 30 bilhões de dólares por ano.^{13,1}

Estatísticas mundiais atribuem ao cigarro 15 a 25% dos incêndios urbanos. São incontáveis os incêndios florestais desencadeados pelos fumantes, com destruição da fauna e de vastas áreas. E sempre é bom lembrar que a produção do tabaco se faz às expensas da produção de alimento, do desgaste ambiental (áreas de cultivo do tabaco ficam imprestáveis para outros cultivos, é enorme o desmatamento para a secagem da folha do tabaco).^{13,8} Müller, em 1976 obsevou que, para cada 300 cigarros produzidos, uma árvore é derrubada.^{8,17} Portanto, são ilusórios os benefícios econômicos e sociais decorrentes do tabaco.¹³

Em decorrência das consequências acima descritas o tabagismo tornou-se um sério problema médico e social¹³, primeiro e principalmente nos países ricos, onde o alto consumo é historicamente mais antigo. Devido as medidas restritivas adotadas por estes países, a partir da década de 60, as indústrias tabagistas passaram a investir cada vez mais nos países do terceiro mundo¹³, onde as medidas restritivas eram mais brandas provocando uma verdadeira **invasão tabagista**; este fenômeno foi também claramente observado no Brasil.^{4,13} As consequências para estes países vieram décadas depois, com o surgimento de

uma epidemia de doenças associadas ao tabaco. Este fenômeno deu ao Brasil, pela Organização Mundial de Saúde em 1985, o título de ser o primeiro país em desenvolvimento onde as doenças associadas ao tabagismo haviam passado as demais causas de disfunção na mortalidade global.¹²

Essas graves consequências provocaram reações contra o tabaco em várias partes do mundo, porém, se deram principalmente no primeiro mundo, onde o alto consumo associado a graves consequências e prejuízos, surgiram muitos anos antes.

Diversos estudos e observações afirmam que as medidas ditas “curativas” não são indicadas para conter a invasão tabagista, devendo-se adotar uma estratégia preventiva, primordial para o controle do tabagismo, uma vez que este controle deva ter caráter público, ser integrado e ser voltado às ações primárias de saúde.^{13, 7} E, portanto, as ações anti-tabagistas no mundo se caracterizaram como essencialmente preventivas.

As ações anti-tabagistas enquadradas nesta diretriz citada anteriormente, tiveram início na década de 60 e foram tomadas isoladamente em vários países: EUA, em 1964; Inglaterra, em 1962, cujo o Royal British College of Physicians teve influência decisiva, inclusive no desencadeamento das ações anti-tabagistas no Canadá, etc.¹³

Hoje, apesar de algumas declarações conflitantes, a partir dos resultados obtidos em vários países (EUA, Finlândia, Noruega e Suécia*), ratifica-se esta diretriz.¹³ Inclusive, a OMS, desde o início da década de 70, vem estimulando e orientando a adoção de ações anti-tabagistas dentro dessa diretriz pelos países que não possuíam programas para redução e controle do tabaco. Em 1980 a OMS criou o Dia Mundial Sem Fumo com um tema radical, objetivo e alarmante: **TABAGISMO OU SAÚDE: O RISCO É SEU**, e seu diretor, na oportunidade, declarou: “O tabagismo é provavelmente a maior causa isolada evitável de doença no mundo”.^{13, 17, 14} **Segundo a própria OMS, se medidas para o controle do tabagismo não forem tomadas, no início do século XXI esta doença passará a ser a primeira causa de morte nos países em desenvolvimento¹⁷, o que, como citado anteriormente, já aconteceu no Brasil.**

* Na Suécia inclusive se acena para a perspectiva de fazer das crianças nascidas em 1975 a primeira geração de não fumantes do mundo.⁴⁴

No Brasil, um país no qual o tabaco tem importância cultural e econômica desde o século XVII^{13, 4}, observou-se num período **o maior crescimento do tabagismo do mundo**^{13, 4}, **constituindo-se, como já havíamos mencionado, numa verdadeira invasão tabagista**; que pode ser constatado através da análise dos dados de incidência e mortalidade de algumas doenças relacionadas ao uso do tabaco, em especial nas taxas de câncer de pulmão, porque reflete, a longo prazo, esta exposição.⁴

Portanto, hoje, o Brasil, que possui um sistema de saúde **bastante deficiente** e ainda sofre com os **altos índices de moléstias contagiosas**, tem sua realidade agravada por uma **epidemia de doenças tabaco associadas** decorrente da exposição prolongada a este produto. Além disso, esta situação é ainda mais grave devido às condições sócio-econômicas e culturais do país.⁴ Consequentemente, no Brasil, medidas para conter o consumo de cigarro tornaram-se de extrema necessidade, para não cometermos os mesmos erros dos países desenvolvidos.¹³

No Canadá, país que possui um dos melhores sistemas de saúde do mundo¹², constata-se que se encontra no meio de uma grave epidemia de doenças tabaco-associadas.² As ações anti-tabagistas iniciaram em 1964, a partir de um informe do Royal British College of Physicians de 1962. Apenas em 1985 estas ações ganharam status nacional, com o lançamento do Programa..Nacional de Redução do Consumo de Tabaco, cuja declaração de intenções expressa o desejo de "obter uma geração de não fumantes até o ano 2000".¹²

Este trabalho tem o objetivo principal de informar o estado das ações anti-tabagistas no Brasil e das consequências do tabagismo à saúde, bem como avaliá-las através da comparação com as ações canadenses, cujo país tem um dos melhores sistemas de saúde do mundo.

Também tem o objetivo de trazer dados, o mais atualizado possível, a respeito da realidade do tabaco no mundo (consumo, epidemiologia, tendências, novos conhecimentos).

A REALIDADE DO TABAGISMO NO BRASIL E NO CANADÁ

I - CARACTERÍSTICAS GERAIS

Brasil

O Brasil tem um território de 8.512.000 km², e uma população de -162 milhões de habitantes. ¹⁶ Em torno de 75% vivem em áreas urbanas; nestas, as famílias muito pobres são predominantes e formam núcleos imensos nas cidades.

Sua economia está entre as 10 maiores do Ocidente e seu produto interno bruto (PIB) total é de 456 bilhões de dólares ¹⁶ e renda per-capita é de 2.200 dólares. Flutuações na economia foram comuns no período de 1980 a 1994, que se refletiram no consumo de cigarro. Há uma dívida externa crescente, gerando uma forte necessidade de exportar.

Em 1985 houve uma mudança política retornado a democracia. Esta mudança foi acompanhada, em 1986, de uma reestruturação dos programas de saúde. Em 1988, aprovou-se uma nova Constituição, constando nela restrições ao consumo de produtos potencialmente danosos à saúde, inclusive o tabaco.

A maioria da população brasileira está constituída por adultos jovens, pois 65% de habitantes tem 15 anos ou mais e só 4,5% são pessoas com mais de 65 anos.

A responsabilidade de promover a saúde é do Estado, nos três níveis (federal, estadual e municipal); porém é permitido que empresas privadas atuem nesta área. ⁸

Canadá

O Canadá é um país com 9.976.000 km² de área, tendo 26.584.000 de habitantes. Destes também 75% vivem em zonas urbanas.

Sua economia é estável e centralizada em serviços, com um produto interno bruto de \$U 400 bilhões.

O regime de governo é Federativo e a forma é Parlamentar. A responsabilidade sobre a saúde é dividida entre o governo federal e as 10 províncias. A função federal é proporcionar o financiamento e estabelecer pautas para os programas nacionais. As províncias são responsáveis pela organização e provisão dos serviços de atenção e promoção de saúde.

A população é relativamente jovem, mas está envelhecendo em um ritmo muito rápido. Cerca de 10% são maiores de 65 anos. A combinação de uma população mais velha e o agudo crescimento dos custos da atenção à saúde tem dado um impulso às atividades de promoção e proteção à saúde. E à medida que os governos provinciais estão enfrentando uma dívida cada vez maior nos últimos anos, a sensação de urgência tem aumentado. Em 1996, vários hospitais foram fechados e outros estão previstos para fechar.

Muitas províncias dão prioridade à promoção de saúde em geral e à diminuição do tabagismo em particular.

As principais causas de disfunção no Canadá são as enfermidades cardiovasculares e câncer de pulmão.

II - ASPECTOS ECONÔMICOS DO TABAGISMO

A. Agricultura

Brasil

*Para se ter idéia da importância do tabaco para o Brasil, um ministro da área econômica chegou a declarar que se o país parar de fumar o Brasil quebra.*¹³

O Brasil produz e exporta o tabaco desde a sua colonização no séc. XVI. Hoje, o Brasil ocupa o terceiro lugar na produção mundial, com aproximadamente 400.000 TN. A produção de tabaco envolve 160.000 fazendas (2,6% do total nacional), somando uma área de 296.678 ha (0,57% das terras cultiváveis); gera em torno de 600.000 empregos total ou parcial (aproximadamente 4,2% do total da população rural ativa). No total são usados 93.000 fornos na secagem do tabaco. Como para a secagem de 1 kg de tabaco são necessários 25 kg de madeira, toda a produção nacional de tabaco consome cerca de 10 milhões de toneladas de madeira, o que gera um grande impacto ecológico.¹²

Para o consumo doméstico são destinados 50% de toda a produção nacional. Os outros 50% são exportados colocando-o como o 3º mais importante produto de exportação.¹²

Canadá

O Canadá tem uma longa tradição no cultivo do tabaco, pois os próprios índios, nativos, o cultivavam. No século XVIII foi iniciado o cultivo por colonos europeus. No século seguinte o tabaco começou a ser secado em estufas alimentadas por madeira.¹²

Em 1989 o Canadá produziu 75.573 (TN) do produto, utilizando para tal finalidade 31.940 ha, o que corresponde a 0,05% de toda a área cultivável do país, 1.441 agricultores (4% da população rural ativa) que arrecadaram \$D 297,4 milhões por suas colheitas, numa média de \$D 22.579 por agricultor.¹²

A partir de 1978 até 1988 observou-se uma redução de 50% na área de cultivo, tendência que se manteve no início da década de 90.¹²

B. Manufatura

Brasil

No Brasil, a produção de cigarros é controlada por 4 empresas, sendo que 3 são multinacionais. Estas empresas fazem o controle do mercado através da

promoção organizada e ações de apoio aos agricultores, fornecendo mudas, supervisão técnica e garantia de compra. É o que se chama de integração vertical.¹²

Estas atividades, segundo o IBGE, em 1988 empregaram 16500 pessoas (0,4% da força de trabalho das indústrias), e, considerando toda a atividade econômica em torno do tabaco: transporte, distribuição, 350.000 pontos comerciais, etc..., estas atividades participam direta ou indiretamente do ganho de aproximadamente 2.5 milhões de pessoas.¹²

Em 1989 foram produzidos 446.266 TN de tabaco para a industrialização, sendo fabricados 162.300 TN de cigarros, totalmente comercializados no mercado interno.¹²

Canadá

No Canadá existem 3 fabricantes, todas filiais de empresas estrangeiras. Assim como no Brasil todas fazem a integração vertical.¹²

A indústria emprega 4.404 pessoas (0.03%) da população ativa e 0.06% dos assalariados em 1990.¹²

A produção total de cigarros foi de 50,3 bilhões de unidades em 1989, sendo o 15º produtor mundial. De 1982 a 1988 a produção caiu em média 3,7% ao ano. Por outro lado, o volume de tabaco picado começou a ascender e se elevou em 7.4% de 1981 a 1988.¹²

C. Comercialização: publicidade, comércio, preços e impostos

Brasil

No Brasil, foram comercializados 162.3 bilhões de cigarros em 1989, nos 350.000 postos de venda.¹²

Publicidade

A publicidade até 1987 era totalmente livre. Em 1988 a nova constituição deu ao Ministério da Saúde (MS) poderes de regulamentar a venda de produtos agressivos à saúde. Em 1990, o MS emitiu ordem executiva limitando o horário para anúncios, obrigando a colocação de advertências sobre as consequências à saúde e proibindo a venda a menores de 18 anos. (Regulação n 731 de 31 de maio de 1990) ¹²

Outra forma de publicidade, e no mínimo inusitada, foi o patrocínio de campanhas de vacinação anti-pólio nos estados do nordeste, com exceção da Bahia e Paraíba, utilizando inclusive empregados e veículos que exibiam o logotipo Hollywood da companhia. Além desta, patrocinou: o Ato da Paixão de Cristo, provas de motocross e de automobilismo (Camel Troffel, Fórmula 1), festival de jazz (Free Jazz) e de dança (Carlton) e a Oktorbefest. Também promovendo a distribuição de amostras grátis de cigarros. ¹²

Atualmente, a indústria tabaquista é um dos dez maiores anunciantes do Brasil, seu gasto per capita é um dos maiores dos países em desenvolvimento da América, gastando cerca de US\$ 69 milhões em 1988. Em 1994 os investimentos em propaganda aumentaram muito, chegando a representar 1% dos investimentos total em publicidade. ¹¹

Comércio interno e externo

O Brasil é o segundo maior exportador de tabaco do mundo, com 20.3% do mercado mundial (o primeiro é o EUA com 23.9%) que somam US\$ 570 milhões, correspondente a 1,6% das exportações brasileiras. ¹²

Preços e impostos

O tabaco no Brasil é um dos mais taxados do mundo, correspondendo de 73 a 76 % do preço de venda. Porém, o custo de produção é muito baixo, colocando o cigarro brasileiro como um dos mais baratos do mundo. (quadro 1) ¹²

Quadro 1. Preço médio de venda ao consumidor e impostos (pôr 20 unidades).

	Dinam.	R. Unido	França	Finlan.	Brasil	Alem.	Canadá	Argent.
Maço em US\$	4,33	3,77	2,71	3,23	0,84	3,00	4,25	1,37
Total de taxas	84%	76%	75%	74%	73%	71%	70%	70%

Fonte: Economia e Tabaco (Maio/95)

A nível federal os impostos sobre o tabaco somam 5 a 7% dos ingressos globais da fazenda, e representa 40% do imposto sobre produtos industriais (IPI), soma esta que se iguala ao total do IPI arrecadado por 7 importantes setores da indústria brasileira: bebidas, material de transportes (automóveis,etc.), química, metalurgia, material elétrico e de comunicação, mecânica e minerais não metalúrgicos.¹³

Sendo que não há subsidio governamental para qualquer atividade econômica(produção/comercialização, etc.) relacionada ao tabaco.¹²

Canadá

Publicidade

A publicidade está regulada pela Lei de Controle de Produtos de Tabaco-1988, esta lei proíbe todas as formas de propaganda, incluídos meios eletrônicos, impressos, cartazes e outdoors, limita o uso dos nomes comercias nos patrocínios de acontecimentos culturais e esportivos e proíbe a utilização das marcas de produtos do tabaco em produtos distintos do tabaco.¹²

Um dado a ressaltar, em 1972 as companhias decidiram não anunciar em rádio e televisão voluntariamente. Adotaram estas medidas frente as ameaças de limitação por parte da governo.¹²

As estratégias de publicidade idealizadas pela IMPERIAL TOBACCO levam a deduzir-se que ao contrário do reconhecido oficialmente pela indústria, seu público alvo eram os jovens e não os adultos. Corroboram com isto os planos dos meios de comunicação para a propaganda da Imperial Tobacco em 1981 quando

se classificavam como objetivos do mercados grupos de idade específicos e seus “pesos” conforme o interesse pela marca Player’s Ligth.¹²

Em 1987 a Imperial Tobacco gastou US\$ 3 milhões no desenvolvimento de novos envases e em investigação mercadológica.¹²

De 1980 a 1989 houve uma importante redução nos gastos com publicidade, ficando em torno de US\$ 40 milhões. Em 1989 as empresas diminuíram conjuntamente os gastos com propaganda, provavelmente devido à recessão econômica que o país passara.¹²

Comércio interno e externo

Em 1985 existiam no Canadá 137 atacadistas, 90.000 varejistas e 23.000 máquinas expendedoras, e as vendas representaram 20.000 empregos diretos.¹²

As exportações atingiram 6% da produção. Porém grande parte do cigarro exportado voltava, livre de impostos, principalmente através dos cidadãos canadenses em viagem pelo Caribe e EUA e através do contrabando, (70% do cigarro contrabandeado para o Canadá eram produzidos no próprio Canadá e o restante nos EUA.).¹²

Cerca de 0,6% do tabaco comercializado foi em forma de fumo para cachimbo e puros.¹²

Em 1989 a Imperial Tobacco faturou um total de US\$ 2.100 bilhões, um valor bastante considerável, que reflete o peso econômico do produto e da empresa no Canadá. Neste mesmo ano foram vendidas 51.309 TN.¹²

Preços e impostos

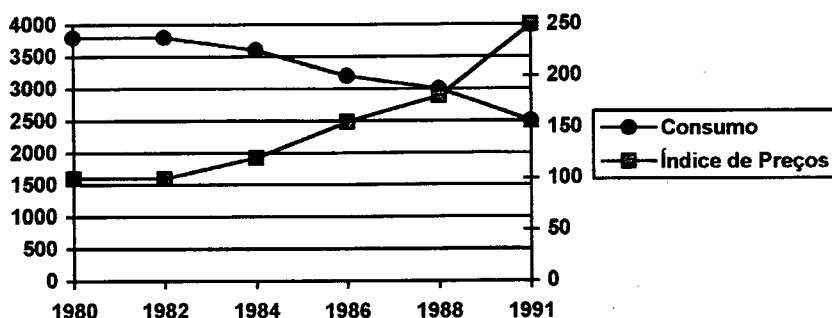
O preço médio por um maço de 20cigarros King Size é de US\$ 5,00, o equivalente a 15 min do trabalho pago segundo o salário industrial médio.¹²

O imposto sobre cigarros é de 70%, considerado alto para a média mundial. Porém a taxa sobre o tabaco picado é baixa em relação ao cigarro, fato que contribuiu para o aumento do consumo deste. Em 1989 esta taxa correspondia a 2/3 do cigarro.¹²

É importante notar que o governo utilizou-se marcadamente do aumento dos impostos para diminuir o consumo do tabaco. Este recurso, aumento de

impostos, foi amplamente apoiado pela sociedade e Ferrence et al., num estudo, comprovou a eficácia deste. O gráfico 1 mostra claramente a relação inversa entre aumento de impostos e diminuição do consumo.¹²

Gráfico 1. Consumo de cigarros per capita e preços do tabaco, Canadá (80-91) em maiores de 15 anos.



Fonte: Tabaco o salud:Situación en las Américas,1992.

III - PREVALÊNCIA E CONSUMO

Brasil

A.1. Consumo

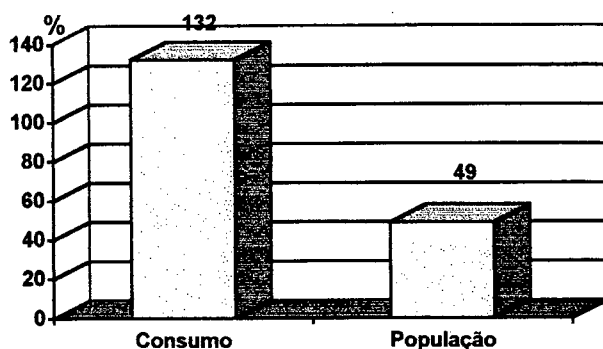
O Brasil é um excelente mercado, pois tem a característica de ser um país jovem.¹³

Em 1989-1990 o consumo per-capita foi de 1690 cigarros/ano, aproximadamente 120 cig./mês, 30/semana e 4/dia. Com um total de 163 bilhões de unidades. A partir deste ano o consumo começou a cair e, em 1993, atingiu a quantia de 104,8 bilhões. Esta foi a cifra mais baixa dos últimos 7 anos, provavelmente devido à diminuição do poder aquisitivo e ao aumento importante do contrabando.¹¹

Alguns dados importantes que refletem a invasão do tabaco na Brasil: 1 - no período de 50 anos (1935 a 1985) triplicou o consumo per-capita entre 15 anos

ou mais e 2 - de 1970 a 1986 a população brasileira aumentou 49% e o consumo 132%. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Aumento do consumo de cigarros per-capita e da população no Brasil (70-86) em maiores de 15 anos.



Fonte: Tabaco o salud: Situación en las Américas, 1992.

De 1979 a 1989 observou-se flutuações de até 32% no consumo de cigarro, estas flutuações podem ser atribuídas às variações do poder aquisitivo ocorridas nesse período. Além disso nos períodos de menor consumo e menor poder aquisitivo houve uma preferência maior pelas marcas mais baratas.¹²

A.2. Prevalência na População

A.2.1. Prevalência na população adulta

Apesar das dificuldades de obtenção de uma representação nacional adequada devido a diversidade sócio-cultural e a extensão do país existe dados que dão uma boa noção da situação do consumo entre adultos. Uma pesquisa feita pelo IBGE em 1989, a nível nacional, com pessoas de 5 anos ou mais, mostrou que a prevalência do tabagismo na população acima de 25 anos era de 39,9% entre os homens e 25,4% entre as mulheres, com um total de 30,6 milhões de fumantes; resultados similares a outras pesquisas realizadas anteriormente. (quadro 2)^{13, 4, 17}

No final da década de 80, em São Paulo, observou-se um aumento na prevalência na população feminina em relação ao início da década.¹²

Quadro 2. Prevalência de fumadores atuais na população adulta segundo pesquisas realizadas entre 1971 e 1989, Brasil.

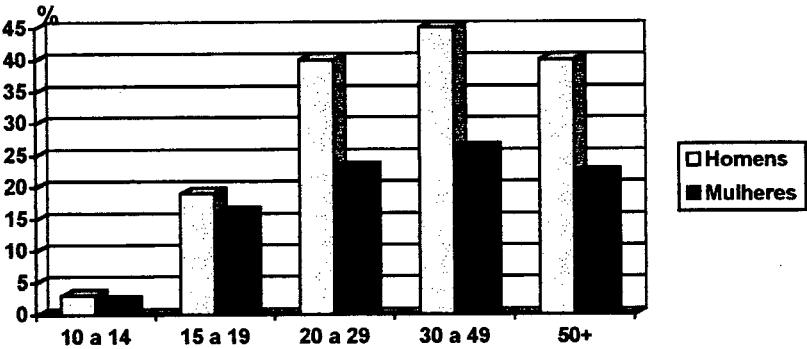
Patrocinador / Autor	Ano	Grupo de idade	Prevalência total (%)
OPS/Jolly	1971	15-74	36,0
Saltz	1981	-	33,0
Achutti	1987	20-64	38,7
Gallup	1988	18-50+	41,7
IBGE	1989	15+	32,6

Fonte: OPS Tabaco o Salud: Situación en las Américas

Algumas características constantes foram observadas nas várias pesquisas realizadas no Brasil, apesar das diferenças metodológicas e das dificuldades de comparar os estudos. As características constantes encontradas são as seguintes:

1 - A prevalência de fumantes atuais é maior em homens do que em mulheres (Gráfico.3); entre os ex-fumantes a prevalência também maior entre os primeiros;

Gráfico 3. Prevalência de fumantes por idade e sexo(Brasil-1989).



Fonte: Epidemiologia do tabagismo no Brasil. pag.2,1994.

2 - A prevalência de fumantes atuais parece sempre mais altas em adultos jovens(25 a 34 anos, 25 a 39 anos, etc.), e mais baixa em grupos de maior idade; o que leva a concluir-se que existe um abandono independente dos programas,

por vários motivos, inclusive por doença e pela maior taxa de mortalidade prematura entre os fumantes (Gráfico 3);

3 - A prevalência mostra uma relação inversa com o grau de educação e nível social;

4 - A prevalência é maior na região sul com 42%, que é a mais desenvolvida e com poder aquisitivo maior;

5 - Em conjunto 20% dos homens e 10% das mulheres fumam mais de 20 cigarros por dia;

6 - No Nordeste a prevalência de fumadores adultos atuais é de 33%.

7 - A prevalência parece manter-se estável entre os homens e ter aumentado entre as mulheres.

8 - Parece haver em maior prevalência na zona rural, porém faltam dados precisos.¹²

Uma pesquisa do MS, de 1988, mostrou que os brasileiros muito pouco tentam deixar de fumar: menos de 7,9% o fizeram no máximo duas vezes.⁴

Com relação ao tabagismo na gravidez, os dados são os seguintes: 1-entre os anos de 1970 e 1990, segundo a média de várias pesquisas, cerca de 25% das mulheres em idade fecunda eram fumantes atuais; e em Pelotas (RS), 35,6% das mulheres que pariram no ano de 1982 fumaram durante a gravidez;(43,7% entre as mais pobres e 22,4% dentre as mais ricas.); 2-A ocorrência de baixo peso ao nascer quase dobrou entre as que fumavam 15 ou mais cigarros pôr dia.¹²

Na classe médica a prevalência parece ser ligeiramente inferior a população geral, e a nível mundial ocupa uma posição intermediária: EUA 8%, Polônia 70%.^{12, 1}

A.2.2. Prevalência entre adolescentes

É importante analisar o consumo entre adolescentes para tentar estabelecer correlações entre os índices de prevalência nos adolescentes e a elevada prevalência entre homens adultos e uma tendência de alta em mulheres.¹²

Uma pesquisa patrocinada pelo Centro de Controle de Doenças (CDC), entre jovens adultos de 15 a 24 anos no final dos anos 80 resultou numa prevalência que oscilava entre 22,5% no RJ e 32,7% em SP, sem diferenças entre

homens e mulheres. O IBGE, em 1989, numa pesquisa entre crianças de 5 a 10 anos e adolescentes de 10 a 14 anos mostrou uma prevalência de 0,2% e 2,2% respectivamente. Outra pesquisa, feita entre 1987 e 1989, em escolas primárias e secundárias, entre adolescentes de 10 a 18 anos ou mais, de 10 capitais, constatou que 9,8% eram fumantes habituais;¹²

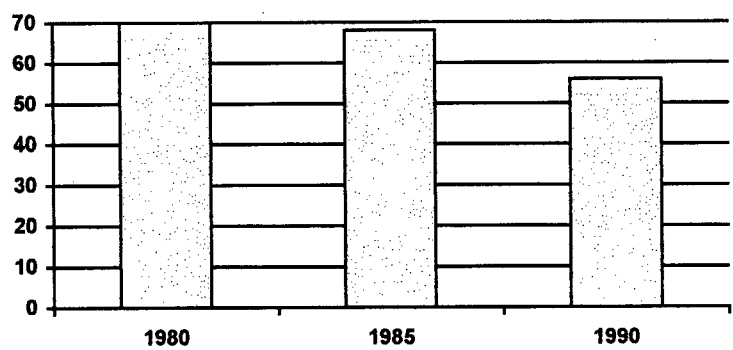
Finalmente das 71.941 crianças em idade escolar que participaram de um concurso nacional de cartazes anti-fumo, quase 50% responderam que pelo menos um membro da família fuma. Sendo que em média 1,7% eram fumantes.¹²

Canadá

B.1. Consumo

Em 1989, foram vendidos 56.190 bilhões de cigarros. São 6.490 milhões de fumantes de 15 anos ou mais, representando uma média de 2.712 cig./ano ou 23,7 cig./dia per-capita. Este número foi 6,8% menor que o ano anterior e o menor consumo da década de 80. (Gráfico 4)¹²

Gráfico 4. Compra de cigarros , em bilhões de unidades, Canadá, 1980-90.



Fonte: OPS Tabaco o Salud: Situación en las Américas

Por outro lado foi observado um aumento importante nas vendas de cigarro picado, provavelmente por ter uma taxa de impostos mais favoráveis.

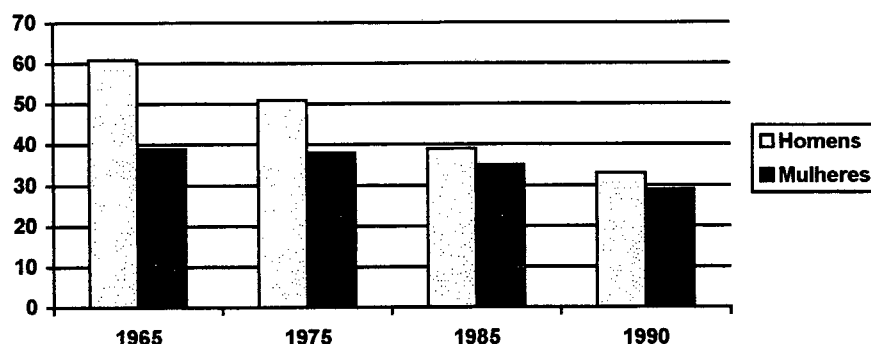
B.2. Prevalência na população

O Canadá tem observado o hábito de fumar desde 1965 por pesquisas feitas pela Statistics Canada a pedido do Departamento de Saúde e Bem Estar Social, com uma amostra de 30.000 pessoas em média. Entre menores de 15 anos existe uma deficiência apesar de alguns estudos.¹²

B.2.1 Adulta

Em 1989 32% dos canadenses de 15 anos ou mais eram fumantes, 33% entre os homens e 29% entre as mulheres; Sendo que os maiores índices estavam entre os homens de 25 a 44 anos e mulheres de 20 a 24 anos e a maioria fumava de 11 a 25 cig./dia .(Gráfico 5)¹²

Gráfico 5. Prevalência (%) atual do tabagismo em adultos maiores de 15 anos, Canadá, 1965-90..



Fonte: OPS Tabaco o Salud: Situación en las Américas

Entre 1965 e 1985, se observou um descenso pronunciado de 50 para 34%, e a partir de 1985 o descenso foi mais lento(Gráfico 5). Um ponto interessante é que em 1989 quase a metade dos canadenses que fumaram alguma vez não o faziam mais. Outro fenômeno observado foi o aumento dos fumantes que consomem de 1 a 10 cig/dia de 20 para 26%, o que contribui para o descenso global do consumo. Houve também uma mudança de preferência, onde aumentou a procura pelos cigarros com teor de alcatrão.¹²

B.2.2. Prevalência nos adolescentes

Pesquisas realizadas pelo instituto GALLUP, numa amostra de 2000 pessoas, entre 1983 e 1986, indicam uma média de fumantes atuais de 9% entre adolescentes de 12 a 14 anos.¹²

B.2.3. Idade de Iniciação

Para a maioria dos canadenses, a idade de iniciação parece ser dos 15 aos 19 anos; em 1989 22% deste grupo de idade eram fumantes. Entretanto, neste grupo observou-se um descenso importante na prevalência, havendo passado de 47 para 22% entre os homens e de 46 para 24% entre as mulheres.¹²

A maior parte das crianças (54%) habitam em lares que há pelo menos um fumante.¹²

IV - TABAGISMO E SAÚDE

Brasil

ASPECTOS GERAIS

A. Mortalidade Geral

Cálculos ajustados de mortalidade relacionados ao tabagismo indicam 32.400 disfunções e 66.000 falecimentos devido as dez principais causas podem atribuir-se ao tabagismo. Entre 1979 e 1986 as DTAs passaram de 22,9% para 26,8% do total de óbitos com causas definidas.⁸

B. Anos Potenciais de Vida Perdidos(APVP)

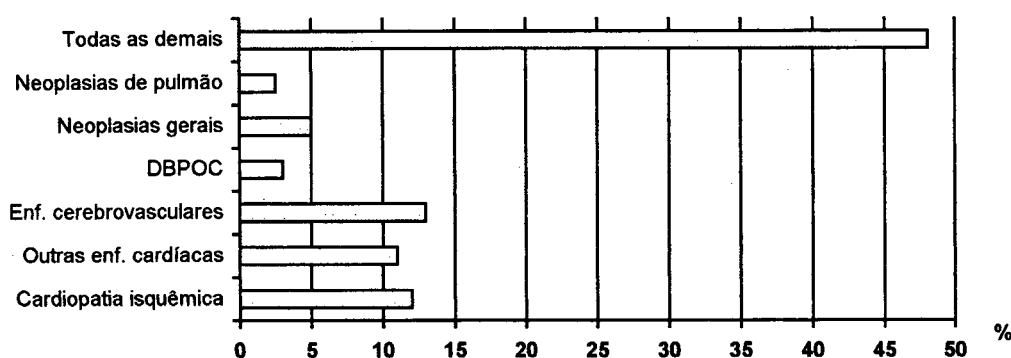
A taxa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) das doenças relacionadas ao tabaco foi de 302.632 anos perdidos, em 1986, o equivalente a 7,1%, contra os 5% calculados em 1979.⁸ Este índice é maior para doenças do coração e cerebrovasculares, seguido do câncer de pulmão e doenças bronco-pulmonares obstrutivas crônicas.

C. Coeficiente de Mortalidade Ajustado por Idade (CMAI) (>35 anos)

Em 1986 o CMAI foi de 1715,8/100.000 para os homens e 1021,3/100.000 para as mulheres, para todas as causas definidas.⁸

No Brasil dois fatores interferem na precisão dos números a respeito das conseqüências do tabagismo à saúde: (1) os subregistros, calcula-se que chegam a 20%, e (2) a má qualidade dos dados de algumas regiões. Apesar dessas limitações o perfil de mortalidade sugere a importância relativa das enfermidades cardiovasculares e dos tumores, doenças essas que possuem relação, pelo menos parcial, com o tabagismo (Gráfico 6).

Gráfico 6. Mortalidade proporcional para todos os falecimentos registrados em homens maiores de 34 anos, Brasil, 1986.



Fonte: OPS Tabaco o Salud: Situación en las Américas (adaptado)

Proporcionalmente, as enfermidades cardiovasculares produzem dois terços (2/3) de todas as disfunções no país; os tumores malignos 11,4% e as enfermidades do aparelho respiratório 10,3%. Somadas representam 53% das mortes no país, o que reflete a importância dos programas de controle do tabagismo.⁴

ASPECTOS ESPECÍFICOS

A. Coeficiente de Mortalidade Específico(CME) para > de 35 anos.

As cardiopatias isquêmicas (CI) e doenças cerebriovasculares(DCV) foram as que apresentaram maior coeficiente: 276.2/100.000 para os homens e 150.9/100.000 para as mulheres em relação as CI e 236.1/100.000 para os homens e 172.2/100.000 para as mulheres.⁸

Em relação ao câncer de pulmão o aumento histórico nos índices de mortalidade ajustados por idade segue uma relação temporal com o aumento do consumo de cigarro em ambos os sexos e parece não ter ainda alcançado ainda os valores máximos. Sendo que os homens apresentam uma prevalência maior deste tipo de câncer, o que não é surpresa pois o consumo entre eles é também maior. Este fenômeno foi observado claramente em um estudo feito em Porto Alegre-RS. ⁴ O CME para o Câncer de Pulmão foi de aproximadamente 14/100.000 para os homens e 4.4/100.000 para as mulheres. ⁸

Através do coeficiente de mortalidade para o câncer de pulmão é possível determinar o Índice de Maturidade (IM). Em 1985 o Brasil apresentou um índice de 0,466 para os homens e 0.240 para as mulheres, o que significa que atingimos 46,6% do coeficiente atingido nos EUA, entre os homens, e 24%, entre as mulheres. Com isto deduz-se que a 20-30 anos atrás a exposição ao tabaco era bastante inferior ao americano no mesmo período. ⁴

Em um estudo sobre o uso de praguicidas no Vale do Itajaí, Estado de Santa Catarina, indica que 79,3% de 563 agricultores entrevistados haviam sofrido intoxicações secundárias ao uso de agrotóxico para o cultivo de tabaco. ¹²

Canadá

COEFICIENTES GERAIS

A. Mortalidade Geral

No Canadá em 1989 calculou-se que o tabagismo foi responsável por 38.000 mortes, o equivalente a 20% de todas as disfunções. ¹²

Para este mesmo ano a taxa de mortalidade ajustada por idade foi de 474,5/100.000 para homens maiores de 35 anos e 165,2/100.000 para mulheres maiores de 35 anos, para todas as causas definidas. ¹²

B. Anos Potenciais de Vida Perdidos

O índice de Anos Potencias de Vida Perdidos (APVP) antes do 75 anos foi de 271.497 que é igual à 3.543 AVPP /100.000 homens-anos e 1.248/100.000 mulheres anos. ¹²

Um estudo realizado, com 7 anos de duração, sobre mortalidade mostrou que mais da metade dos homens fumantes morreram antes dos 70 anos, quase o dobro dos que não fumavam. Esse mesmo autor previu que, para ambos os sexos, o tabagismo produza de 7 a 8 vezes mais mortes precoces que as causadas por acidentes de trânsito, suicídio, homicídios, SIDA e toxicomaniacas juntas.¹²

As enfermidades relacionadas ao tabagismo, quando se combinam os dois sexos, se encontram entre os quatro primeiros lugares na perspectiva de causa de disfunção; e quando se considera o índice de Anos potencial Perdidos de Vida Potencial (APVP), quatro das enfermidades atribuídas ao tabagismo estão entre as dez primeiras.¹²

ASPECTOS ESPECÍFICOS

Coeficiente de Mortalidade Específico (CME)

Em 1988 o CME para as cardiopatias isquêmicas foi de 250/100.000 para os homens e 90/100.000 para as mulheres; entre as idades de 24 e 74 anos.¹²

Entre 1959 e 1988 as taxas de mortalidade por cardiopatia isquêmica (CI) e acidente vascular encefálico (AVC) apresentaram um notável descenso tanto para os homens quanto para as mulheres. Este descenso foi maior na década de 80 do que nas décadas de 70 e 60 e parece estar diminuindo em ritmo acelerado e atualmente está num índice de 3,5% ao ano. Porém, estas duas enfermidades ainda estão entre as três primeiras causas de morte para ambos os sexos.*¹²

O tabagismo está claramente implicado em grande parte desta mortalidade prematura, e constitui 8% das disfunções cardiovasculares ocorridas entre homens e 2% entre as mulheres antes dos 70 anos.¹²

Em relação ao câncer, em 1990 ocorreram 1,13 novos casos de tumor relacionados ao tabagismo por 1000 homens e 0.38 por 1000 mulheres. O CME do Câncer de Pulmão foi de 100/100.000 para os homens e 35/100.000 para as mulheres.¹²

* O descenso das CI e AVC se deve principalmente ao conjunto de medidas para o controle dos fatores de risco e promoção de saúde (DM, HAS, sedentarismo, obesidade, exercícios físicos, dieta, etc) e não exclusivamente ao controle do tabagismo

O Câncer de Pulmão é a segunda causa de morte entre os homens e a quarta entre as mulheres. E ao contrário das taxas de enfermidade cardiovascular (ECV), as taxas de mortalidade por CA. de Pulmão mostram um aumento crescente nas três últimas décadas. Entre os homens a aumento médio nos anos 80 foi muito menor (1,2%) ao observado durante os dois períodos anteriores (5% nos anos 60 e 3,5% nos anos 70). A projeção é diminuir ainda mais entre os homens para os próximos anos, e aparentemente assim vai ocorrer. Porém entre as mulheres a projeção é de aumento até a estabilização no final dos anos 90.¹²

O Índice de Maturidade (IM) para o Canadá foi de 0,92 entre os homens e 0,77 entre as mulheres.¹²

Calcula-se que o tabagismo é o responsável por 10% de todos as mortes por câncer ocorridas antes dos 70 anos nos homens e por 6% entre as mulheres.¹²

Outro ponto importante é o cálculo que, em 1989, ocorreram 333 mortes devido a Câncer de Pulmão decorrentes apenas da aspiração passiva da fumaça do cigarro.¹²

As doenças bronco pulmonares obstrutivas crônicas são a 4^ª principal causa de morte entre os homens e a 7^ª entre as mulheres, e as projeções indicam uma estabilização para os homens e um aumento para as mulheres.¹²

Rogers.1989, afirma que há uma relação positiva entre dias de incapacidade e tabagismo. Os grandes fumadores apresentam 20% a mais de dias de incapacidade que os não fumantes.¹²

Outra consequência decorrente do cigarro é a menor atividade laboral. Segundo o Canada Health Monitor -1991, há uma relação inversa entre nível de exposição e atividade laboral. E conforme uma pesquisa nacional realizada em 1991, 44% da população ativa estava exposta a fumaça da cigarro.¹²

V - CUSTOS DO TABAGISMO

Brasil

Não há dados precisos a respeito dos custos do tabagismo no Brasil, porém estima-se que o Estado gasta duas a três vezes o que arrecada com impostos sobre o tabagismo.

Canadá

Em 1989, os canadenses gastaram \$U 9.5 bilhões com atenção à saúde, mortalidade prematura e perda de emprego com invalidez. Além disso, os incêndios florestais e de propriedades relacionadas com o consumo de tabaco somaram outros \$U 132 milhões. Nesse mesmo ano foram gastos para a aquisição de produtos derivados do tabaco \$C 8.2 bilhões, proporcionando aos governos federal e provincial \$C 5.5 bilhões em impostos.(Canadian Tobacco Manufacture's Council-1990). Portanto os gastos pessoais e sociais chegaram a \$C 17,8 bilhões durante 1989.¹²

Subtraindo-se o total gasto do total arrecadado, resulta num prejuízo de \$C 4 bilhões.¹²

ATIVIDADES DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Brasil

A. RESUMO HISTÓRICO

A primeira ação organizada e institucional contra o tabagismo no Brasil foi em 1975, em Porto Alegre -RS, graças a iniciativa dos médicos e autoridades de saúde e educação*.²

Gradualmente, as iniciativas contra a tabagismo começaram a ganhar corpo, e cada vez mais ações de caráter nacional foram sendo adotadas. A primeira medida de caráter nacional adotada foi a elaboração da **Carta de Salvador**, por um grupo de médicos de vários estados reunidos na Bahia, em março de 1979; esta carta relatou os malefícios do cigarro à saúde e os prejuízos econômicos que o cigarro acarreta, retratou o tabagismo no Brasil e indicou medidas fundamentais anti-tabágicas, constituindo-se num **verdadeiro grito de alerta**. A segunda medida de caráter nacional ocorreu em julho de 1979, em São Paulo, com a realização de uma reunião que contou com a participação de 46 entidades nacionais (universidades, órgãos oficiais do Estado, entidades religiosas e prestadores de serviço). Nesta reunião foi elaborado o **Primeiro Programa Nacional Contra o Fumo** atendendo as linhas gerais das recomendações da Organização Mundial de Saúde; o programa em seguida foi adotado pela Associação Médica Brasileira (AMB). Em abril de 1980, houve a Primeira Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo (1º **COMBAT**) realizado em Vitória (ES), que discutiu os efeitos nocivos nos fumantes involuntários e seus direitos e a prevalência do tabagismo no País; esta foi a quarta medida. A quinta medida de caráter nacional foi adotada em 1982, quando a AMB criou a Comissão de Combate ao Tabagismo com a responsabilidade de desenvolver atividades de informação, divulgação, educação e legislação. Dois anos depois, em janeiro de 1984, realizou-se a sexta medida, com a promoção do Seminário da União Internacional Contra o Câncer, em São Paulo, onde analisou-se a **estratégia a**

* Já existiam atividades isoladas na Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais e São Paulo.

adotar na luta anti-tabágica na América Latina. Sua principal consequência foi a criação do Comitê Latino-Americano Coordenador do Controle da Tabagismo, com a formação de seu braço brasileiro: **o Comitê de Controle da Tabagismo na Brasil.** Ainda em 1984, também em São Paulo, foi promovido o **2º COMBAT** e o Simpósio Nacional sobre a Controle do Tabagismo; este evento contou com a participação de autoridades oficiais norte-americanas e representantes de órgãos oficiais de Saúde, Educação e do Congresso Nacional. Analisaram especialmente o problema do Tabagismo no Brasil e a política dos EUA no combate ao cigarro. Foi uma reunião essencialmente para preparar líderes de opinião. Em 1985 foi dado o **primeiro ato federal** e oficial contra o tabagismo, com a criação do **Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde**, através de portaria ministerial. Este grupo era composto por vários representantes de instituições nacionais. Entre as várias atividades do Grupo Assessor destacou-se a elaboração do Plano Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), calcado no programa da AMB, porém enriquecido de definições sobre aspectos educativos, políticos e econômicos e de uma linha concreta para a sua implementação. Este programa estabeleceu metas e estratégias de ação e adotou como prioridade a disseminação de informações e a descentralização do programa, através de ações estaduais e municipais.¹³ **Este foi o acontecimento mais significativo para enfrentar a epidemia tabágica no Brasil.** Na 8ª Conferência Nacional de Saúde - Seminário "Tabagismo"-, em Brasília 1986, sob coordenação do Grupo Assessor sobre Tabagismo do MS, com a participação de quase todas as secretarias de Saúde e Educação dos Estados, representantes dos Ministérios da Saúde e da Fazenda, de vários outros órgãos oficiais, associações médicas e técnicos em tabagismo, foram fundamentalmente analisados os aspectos de saúde, econômicos, de comunicação e medidas de luta. Enfim em 1989 foi realizada a 3ª Conferência Brasileira de Combate ao Fumo, com a participação de todos os coordenadores de programas de Combate ao Fumo. Nessa reunião foram ratificados os dados apresentados, resultando no documento **"A Organização da Luta Contra o Fumo no Brasil"**. Este documento foi o marco do maior organização atingida até então e propôs estratégias e ações a serem desenvolvidas pelos órgãos envolvidos em atividades anti-tabagistas.⁸ Finalmente a última medida importante ocorreu em 1992, quando o MS transferiu a coordenação do PNCF para o Instituto Nacional do Câncer, centralizando assim a coordenação do programa; e, colocando as ações de controle do tabagismo

dentro das ações de prevenção do câncer, passou a alinhar-se aos países do primeiro mundo neste aspecto.^{7, 16}

Deste conjunto de ações várias atividades foram realizadas, que serão vistas mais adiante.

B. PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO TABAGISMO.

Podemos dividir o PNCT em duas fases. A primeira fase compreende o período de 1985 e 1992 (ano em que a coordenação passou a ser de responsabilidade do INCA); a segunda compreende o período após 1992.⁸

A primeira fase será a mais considerada neste trabalho, pois foi o passo inicial e conta com uma gama maior de atividades decorrentes.

O PNCT - fase 1 - foi elaborado em 1985 e tinha as seguintes metas e diretrizes:

- 1 - Meta principal: Redução do consumo de cigarros per capita, estabilizando-o em níveis atuais, até o ano 2000;
- 2 - Ênfase aos adolescentes, adultos jovens e mulheres grávidas;
- 3 - Difusão de informações, tanto para os profissionais das áreas de saúde e educação, quanto aos escolares, trabalhadores e população em geral;
- 4 Estimular a criação de leis federais, estaduais e municipais, de caráter restritivo e proibitivo ao vício de fumar e á sua propaganda;
- 5- Estabelecer uma vigilância epidemiológica, que permita a tomada de decisões de forma adequada.

O estabelecimento de Programas Estaduais em quase todas as unidades da federação, permitiu uma avaliação de forma sistematizada da situação desses programas e do quadro epidemiológico do tabagismo em 1989.^{8, 13, 12}

O PNCT-fase 2 -, foi elaborado pelo INCA. Denomina-se Prevenção Primária-Projeto de Controle do Tabagismo e prevê atividades para o período de 1995 a 1998.

O INCA estabeleceu como fundamental a prevenção primária para o controle do tabagismo, seguindo a linha mundial. Desta forma estruturou suas

ações em dois planos: Educação e Legislação. E, dentro destes dois planos, as ações programadas no projeto se classificam de duas formas:

1) **Pontuais**- Comemoração do Dia Mundial Sem Tabaco (31 de maio) e do Dia Nacional de Combate ao Fumo(29 de agosto); e

2) **Contínuas**- por meio de atividades sistematizadas em sub-projetos, como por exemplo, projeto Unidades de Saúde, Empresas e Escolas, envolvendo a formação de recursos humanos, publicações técnico-científicas e formação de grupos de pressão(lobismo).⁷

O objetivo geral do programa é reduzir a prevalência de fumantes em todo o país, com consequência diminuição da morbi-mortalidade por doenças relacionadas ao uso do tabaco. Os objetivos específicos são: a- organizar uma rede nacional de controle do tabagismo, que inclua as secretarias estaduais e municipais de saúde; b- estimular a implementação de ações educativas sistematizadas para o controle do tabagismo, através das unidades de saúde, empresas e escolas; c- capacitar e atualizar recursos humanos visando ampliar os quadros de ativistas, com prioridade para a rede de saúde pública; d- informar a população sobre os danos do tabagismo á saúde e ao meio ambiente, estimulando a discussão crítica da publicidade , agricultura e economia do tabaco; e- estimular, apoiar e pressionar a criação de legislação específica para controlar a produção, a venda e o uso de tabaco e seus derivados; f- desenvolver um sistema de vigilância epidemiológica nacional para o tabagismo. O programa conta ainda com 7 metas com suas respectivas estratégias de ação, um cronograma e indicadores propostos para exercer a vigilância e fazer a avaliação da eficácia dos resultados obtidos pelo programa.⁷

C. ESTRUTURA EXECUTIVA

Até 1992 o PNCT era coordenado pelo MS, que era assessorado pelo Grupo Assessor de Combate as Tabagismo (GACT). O GACT é uma equipe multidisciplinar com representação interinstitucional (Senado, Câmara de Deputados, Associação Brasileira de Imprensa, Movimenrto Evangélico, técnicos em tabagismo, etc.) O MS desenvolvia o programa através de três órgãos distintos: Instituto Nacional do Câncer (INCA), Fundação nacional de Saúde e

Departamento Nacional de Programas de Saúde. A partir de 1992 a coordenação e execução passou a ser centralizada no INCA.

Atualmente o programa conta com 21 coordenadores estaduais, mas ainda não está inserido nos organogramas do MS e das Secretarias de Saúde dos estados e municípios, e cerca de 10% dos municípios estão envolvidos na prevenção do tabagismo, porém com atividades nem sempre sistematizadas.⁸

D. ATIVIDADES ESPECÍFICAS

Em 1989 foram estabelecidos programas estaduais contra o fumo em praticamente todos os estados da federação, porém as ações nesses estados se limitavam em participar das comemorações dos dias especiais de luta contra o tabagismo.¹²

Nesse mesmo ano, o MS iniciou uma campanha através de rádio, televisão e imprensa locais. Não foi uma campanha muito enérgica e não teve efeitos significativos em reduzir o número de fumantes do país. Apesar disto, este programa foi um dos mais avançados das Américas. Neste programa foi distribuído 5 milhões de cópias de um livreto infantil e patrocinado cursos para trabalhadores de saúde em todas as capitais.¹²

O MS tem publicado um periódico denominado "Tabagismo e Saúde", financiado camisetas, materiais educativos (figuras em anexo 1) e campanhas de comunicação (figuras em anexo 1), inclusive com a estratégia da anti-propaganda (recurso que utiliza os mesmos princípios da propaganda comercial porém exatamente contrária ao produto promovido) e com cartazes confeccionados com o objetivo de caracterizar o hábito de fumar como "fora de moda". Inclusive estes cartazes foram premiados internacionalmente.^{8, 12} (figura em anexo 2)

O MS também promove, anualmente, em conjunto com as secretarias estaduais de saúde, uma corrida com o tema "ABANDONE O CIGARRO CORRENDO". Em 1990 mais de 400 cidades participaram do evento, o que reflete um bom engajamento. Outra ação é a realização do Concurso Anual de Cartazes Contra o Tabagismo nas escolas do país. Este grupo conseguiu, em 1991, que fosse emitidos selos com temas anti-tabagismo (figura em anexo 3)

O MS estabeleceu duas datas comemorativas, 29 de agosto e 31 de maio, dia nacional contra o fumo e dia mundial sem tabaco respectivamente, unificando

as ações anti-tabagistas em todo o país, porém dando autonomia aos estados para desenvolverem suas próprias atividades. Para comemorar estas datas, são programadas anualmente palestras, seminários, distribuição de material educativo (figuras em anexo 1), eventos esportivos, etc.⁸

E. ATIVIDADES ESPECÍFICAS

E.1. Legislação

Um dado interessante e que reflete o poder econômico do tabagismo que existia no Brasil é a aprovação de um único projeto de lei anti-tabagismo (Lei Federal NO 7488-1986) instituindo o dia nacional contra o fumo, entre 194 estudados no período de 1952 e 1988.

A primeira medida legislativa adotada pelo governo federal em relação a prevenção e controle do tabagismo foi a portaria 655/Gm que criou a Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo.^{8, 12}

Um passo importante foi dado com a nova constituição de 1988. No artigo 220 referente a publicidade comercial de substâncias potencialmente danosas à saúde, incluso aí o tabaco, foi outorgado ao MS poderes para impor restrições aos anúncios de tais substâncias, através de portarias. Então nesse mesmo ano o MS promulgou uma portaria, Nº 490 de agosto de 1988, exigindo que todos os envases e anúncios estejam acompanhados de uma advertência, recomendando a restrição ao hábito de fumar em escritórios públicos e regulamentando a publicidade dos produtos do tabaco. Outra portaria do MS, nº 731 limitou o consumo de tabaco, proibindo fumar em lugares específicos (por exemp.: bibliotecas, salas de aula, centros de saúde, meios de transporte público e vôos domésticos de até duas horas (2h) de duração. Também proibiu a venda de cigarros a menores e a distribuição de amostras grátis. Porém não há penalidades previstas para os infratores, por isso o grau de cumprimento é incerto. A impressão geral é de haver um grau de cumprimento bastante razoável. Em março de 1995 o MS obrigou, através da portaria nº 477 a inclusão de seis advertências sobre os malefícios do cigarro, colocadas rotatoriamente nas embalagens e peças publicitárias; restringiu o horário das propagandas na mídia eletrônica (das 21:00h às 6:00h); proibiu distribuição de amostras grátis em ambientes freqüentados por menores de 18 anos: sonorização no rádio e televisão.^{8, 12}

Entre 1980 e 1991, 10 estados e 48 cidades, aprovaram distintas leis restringindo o consumo de cigarro e lugares específicos, tais como Departamentos de Saúde, escolas, comércios, cinemas, teatros e elevadores. Por exemplo, em São Paulo recentemente obrigou-se os restaurantes com área superior a 100 m² a reservar áreas específicas para fumantes.¹²

A última medida tomada pelo Congresso foi neste ano (1996), onde foi aprovado uma lei federal, que restringe muito o consumo, proibindo fumar em qualquer meio de transporte público, independente da duração da viagem, porém, depende de aprovação do Senado Federal.

E.2. Atividades Educativas

A introdução de materiais contra o tabagismo no currículo escolar tem sido irregular e isoladas. Não há políticas ou medidas legislativas federais que obriguem a inclusão destas matérias nos currículos. De qualquer maneira o material produzido pelo MS tem contribuído para fomentar estas atividades em muitas escolas.¹²

Nas escolas médicas o quadro é semelhante, dependendo de iniciativas isoladas. Um exemplo é a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo que iniciou sua educação sobre tabagismo com um seminário em 1979.¹³

F. AÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

Em 1985, foi criado o Comitê Brasileiro Coordenador do Controle do Tabagismo; este órgão promove campanhas de informação para a população, investigação científica e colabora com o Comitê Latinoamericano de Coordenação para o Controle do Tabagismo.¹²

Além disso foram criadas, em várias capitais, representações da Associação de Mulheres da América Latina para o Controle do Tabagismo (AMALTA).¹²

A Associação Médica Brasileira (AMB), organizou uma Comissão para a Luta contra o Tabagismo e vem intensificando as ações desta. Desta forma organiza oficinas, simpósios em vários estados, patrocínios de conferências nacionais e publicados vários artigos no Jornal Brasileiro de Medicina(JBM). Por outro lado, mais de três quartos (3/4) dos entrevistados que fumavam não eram

aconselhados por seus médicos sobre as consequências do cigarro à saúde antes de começarem a fumar, quase a metade recebeu advertências quando já estavam fumando e 30% não receberam recomendações algumas de seus médicos para parar de fumar.¹²

Várias empresas oferecem seminários e patrocinam programas para deixar de fumar, entretanto não há dados de seguimento destes programas para analisar os possíveis efeitos. O Banco do Brasil tem conseguido resultados muito bons com as medidas de combate ao fumo, apresentando os índices mais baixos de prevalência do tabagismo.^{12, 4}

Canadá

Há várias décadas já existe medidas de prevenção e controle do tabagismo no Canadá, porém eram medidas isoladas refletindo a falta de esforço conjunto, hoje considerado essencial para o sucesso das medidas.

A. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo

Apenas em 1985 se estabeleceu uma “coalisão”, com o objetivo de realizar ações mais efetivas, interligadas, amplas, e comandadas centralmente, das entidades envolvidas na luta contra o tabagismo; foi então criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) determinado a realizar ações mais efetivas e com amplo apoio da sociedade. Este Programa definiu 7 linhas de ação fundamentais, que foram seguidas desde então e que são: legislação, acesso a informação, disponibilidade de serviços e programas, promoção de mensagens, respaldo a ação cidadã, coordenação das políticas intersetoriais e desenvolvimento de investigação/ conhecimentos.¹²

Para colocar em prática as medidas, delineadas dentro das linhas fundamentais acima mencionadas criou-se, em maio de 1985 a Estratégia Nacional para Reduzir o Consumo da Tabaco (ENRCT), considerada um marco de referência desenvolvido e subscrito por um amplo espectro de organizações de saúde governamentais e civis.¹²

A ENCT pretende proteger os não fumantes, prevenir o consumo e facilitar o abandono do tabagismo. Suas metas e objetivos a curto e longo prazo, segundo seu Comitê Diretor (1988) são:

META 1- Proteger a saúde e os direitos dos não fumantes

Objetivos: -até o ano 2000: diminuir de 60 a 86% para menos 40% os não fumantes expostos à fumaça do tabaco nos lares e/ou locais de trabalho.

-a curto prazo: aumentar as restrições a fumaça ambiental do tabaco e alertar aos pais os malefícios da fumaça às crianças.

META 2- Ajudar os não fumantes a manter-se livres do fumo

Objetivos: -até o ano 2000: reduzir em 30% a iniciação entre adolescentes de 12 a 19 anos e um 20% jovens de 20 a 29 anos.

-a curto prazo: fazer com que o não fumar seja a norma, controlar a publicidade e as vendas e orientar os programas efetivos de educação da população aos grupos destinatários.

META 3- Estimular e Ajudar aos que querem parar de fumar

Objetivos: -até o ano 2000: aumentar em 50% o número de ex-fumantes e reduzir em 20% o consumo de tabaco por fumante.

-a curto prazo: aplicar programas para deixar de fumar destinados aos grupos de alto risco e dobrar o número de profissionais de saúde e empresários que favorecem o cessar da hábito.

A participação governamental nesse movimento se dá nos três níveis governamentais e, em cada nível, com vários organismos e departamentos. O governo assumiu intensamente a luta contra o tabagismo, trabalhando para a aprovação de medidas legislativas, financiando consideravelmente o programa de prevenção e controle do tabagismo. Inclusive com a participação efetiva do Ministério da Fazenda, onde o governo estimula, através de abertura de crédito, os agricultores que desistirem de cultivar o tabaco.¹²

B. MEDIDAS ESPECÍFICAS

B.1. Legislação

Deste movimento resultaram duas importantes medidas legislativas federais anti-tabagistas, a Lei de Controle de Produtos do Tabaco (Tobacco Products Control Act) que controla a publicidade e a Lei Federal sobre a Saúde dos Não-Fumantes (Non Smoker's Health Act) que limita, junto com os estatutos províncias e ordens municipais, o consumo. Estas leis serão detalhadas mais à frente. Já a venda é regulamentada pelas políticas fiscais federal e provincial e por restrições municipais.¹²

B.2. Acesso à informação

Em 1989, foi criado o National Clearinghouse on Tobacco and Health (NCTH), um centro de informações que tem a finalidade de distribuir informações sobre os programas para deixar de fumar e outros temas selecionados.¹²

B.3. Disponibilidade de serviços e programas

A disponibilidade de serviços e programas tem sido destinados sobretudo aos grupos de difícil acesso e a educação tem sido trabalhado por pessoas homólogas e por grupos de auto-ajuda comunitária com o apoio do NCTH.¹²

B.4. Respaldo às ações cidadãs

O respaldo se dá através do estímulo e apoio às ações comunitárias, voluntárias, incluída investigação, formação e criação de redes através de camisetas e contribuições destinadas especificamente a estes fins.¹²

B.5. Coordenação das políticas intersetoriais

A coordenação de políticas intersetoriais é considerada um componente importantíssimo dentro da ENRCT uma vez que esta abrange vários componentes da sociedade, característica considerada indispensável para o sucesso do programa.¹²

B.6. Desenvolvimento de investigação/conhecimento

A investigação e desenvolvimento de conhecimentos se referem a continuidade da vigilância da prevalência e também a melhorar os conhecimentos sobre a economia da indústria tabagista, a natureza dos aditivos ao tabaco e a avaliação de medidas de prevenção, promoção e cessação.¹²

C. MEDIDAS GERAIS

C.1. Legislativas

C.1.1. Restrições a Publicidade

A restrição no Canadá teve seu ponto alto em 1988 com a aprovação da lei de Controle dos Produtos do Tabaco. Esta lei entrou em vigor em 1989 e cobre todas as formas de publicidade do tabaco e sua essência é a seguinte: **"nenhuma pessoa anunciará produto algum do tabaco no Canadá"**¹²

Um ponto interessante é que desde 1972 até este ano a publicidade eletrônica era proibida pelas próprias indústrias voluntariamente, e a publicidade impressa era também auto-limitada, sofrendo cortes de verbas e restrições quanto a idade mínima atingida. Estas medidas foram tomadas para persuadir o Governo que não era necessário tomar medidas legais restritivas.¹²

As principais imposições desta lei são:

- não haverá publicidade em meios de comunicação impressos e eletrônicos.

- não haverá distribuição gratuita de cigarros.

- não se empregaram marcas comerciais de tabaco em produtos que não sejam de tabaco.

- todos os envases devem conter claramente advertências sobre a saúde e a declaração dos componentes tóxicos...

- devem incluir-se quatro advertências sobre saúde, **rotatoriamente**, em todos os envase de cigarro: (-fumar diminui a esperança de vida; -fumar é a cause mais importante de câncer de pulmão; -fumar é uma causa fundamental de enfermidades do coração; -fumar durante a gravidez pode prejudicar o bebê.)

- deve-se incluir uma advertência sobre a saúde em todos os envases de tabaco não produtor de fumaça: "Este produto pode causar câncer de boca".¹²

C.1.2. Restrições a Aquisição

As restrições ao consumo são feitas de duas maneiras: por lei federal aprovada ainda em 1908 (Federal Tobacco Restraint Act-1908). Esta lei prevê como delito o porte de cigarro por pessoas menores de 16 anos, algumas províncias estabelecem idades maiores. Porém considera-se as punições previstas muito brandas, facilitando assim o consumo por menores.¹²

A segunda forma de restrição ao consumo é a taxação de impostos. Estes são considerados altos, porém como uma MEDIDA DE SAÚDE PÚBLICA pelo próprio ministro da fazenda.¹²

C.1.3. Restrições aos locais de consumo

Em 1990 foi aprovada uma lei federal (Non Smoker's Act-1990) que restringe o fumo em todos os serviços públicos federais, nas companhias da coroa e nas empresas sob regulamentação federal, como bancos, transportadoras, emissoras de rádio e televisão. E caso o serviço permita deve limitar o espaço para os fumantes. Mais de 125.000 centros de serviços decidiram proibir por completo o fumo, e já houve diminuição nas queixas sobre o fumo por parte dos trabalhadores e melhoria da qualidade do ar.¹²

Quase todas as províncias também limitaram o consumo em seus edifícios governamentais e, inclusive, Ontário proibiu nos setores privados.¹²

Até meados de 1988 cerca de dois terços (2/3) de todos os residentes em Ontário habitavam em municípios com leis contra o fumo.¹²

Em relação as instituições educativas a sua autonomia implica que muitas vezes estão isentas do cumprimento das ordens municipais. Em 1990, 58% das mesmas proíbem totalmente e 39% proíbem parcialmente.¹²

C.2. Educação e Promoção da Saúde

Este item é destacado por três diretrizes da Estratégia Nacional: acesso a informação, promoção de mensagens e disponibilidade de serviços e programas. Entre os principais exemplos das atividades de educação e promoção da saúde estão:

1- Semana Nacional sem Tabaco: Acontecimento anual para reforçar a consciência sobre os riscos do tabagismo e estimular os fumantes a deixar de fumar. Durante os últimos anos, as campanhas se concentraram nos grupos de alto risco, tais como mulheres (1988) e crianças (1989-1990).¹²

2- “Sem fumaça- Por uma nova geração de não fumantes”: recurso educativo destinado aos mestres das crianças de 3 a 6 anos. Foi desenvolvido em conjunto com o Departamento Federal de Saúde e a Sociedade Canadense contra o Câncer.

3- Programa “Campeonato Libérate”: Está sendo desenvolvido pelo Departamento Federal de Saúde como recurso educativo destinado a treinadores e outros dirigentes desportivos de crianças de 8 a 10 anos.

4- Programa de Prevenção PAL contra o tabagismo: Recurso de formação com ajuda dos companheiros, destinados a crianças de 11 a 13 anos, para desestimular a iniciação do fumar e favorecer a cessar.

5- Campanha de publicidade “Libérate”: Programa nacional em rádio e televisão destinado aos adolescentes de 10 a 17 anos.

6- “Os filhos decidem porém os pais podem facilitar a decisão”: folheto informativo destinado aos pais, destacando as propriedades aditivas do tabaco e a importância dos pais como modelo a seguir.

7- Guias para deixar de fumar: Informação sobre a forma de eleger o programa mais idôneo para deixar de fumar: destinado aos empresários e a população em geral.

8- Francophone Consultation: Oficina sobre a elevada prevalência do tabagismo na população canadense de língua francesa.¹²

A educação é de responsabilidade das províncias e quase todas as crianças recebem alguma forma de educação em saúde, incluindo informações sobre os riscos do tabaco. Porém apenas 35% dos alunos estudam sobre saúde

na oitava série (12-13 anos) provocando uma lacuna justamente na idade próxima ao início de fumar, isto mostra uma importante falha no sistema. E 60% das escolas levam a cabo programas de duração especial sobre o consumo de tabaco.¹²

D. AÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

Como já foi mencionado no Canadá há uma estreita relação na relação dos grupos voluntários com o governo. Entre os grupos voluntários o mais destacado é a Associação Pró-Direitos dos Não Fumantes. Duas das organizações que estão sob sua tutela são o Conselho Canadense sobre Tabagismo e Saúde e Conselho Interorganismos sobre saúde de Ontário, e ambas dispõem de representantes do governo e do setor privado. Existe uma estreita relação entre setor público e privado na ENRCT.¹²

Fazem parte da ação voluntária contra a tabagismo no Canadá: Sociedade Canadense Contra o Câncer, Conselho Canadense de Tabagismo e Saúde, Associação Canadense de Enfermidades Respiratórias, Associação Médica Canadense, Associação Canadense de Enfermeiras, Associação Farmacêutica Canadense, Associação Canadense de Saúde Pública, Fundação Coração e Hemorragia Cerebral do Canadá e Médicos por um Canadá sem Fumo. Estes organismos exercem uma efetiva pressão junto ao governo federal e respaldam inteiramente os aumentos de impostos promovidos pelo governo. No início dos anos 90 essas entidades pressionaram o governo a proibir a venda de cigarros em farmácias. E um grande tento obtido por elas foi a negativa dos periódicos influentes a aceitar anúncios de tabaco antes da publicação da Tobacco Products Control Act.¹²

Por parte dos Médicos as principais ações partem da Associação Médica Canadense. A AMC tem promovido medidas destinadas a elevar a idade mínima para a compra do tabaco, a proibir as máquinas de vender cigarros, a proibir a venda de cigarros de caramelo ou outros artigos que se assemelham ao tabaco, e aumentar as multas e reforços ao cumprimento da legislação que proíbe a venda para menores. Ela também defende um maior papel dos médicos na ajuda aos pacientes para que deixem de fumar, entre outras medidas.¹²

Os Médicos por uma Sociedade sem Fumo defendem a promulgação de leis mais enérgicas e o aumento dos impostos entre outras coisas. Esta entidade solicitou aos médicos que não aluguem suas propriedades para estabelecimentos que não proibam fumar em suas dependências.¹²

Um ponto importante é que a maioria das companhias de seguros de vida continuam a pratica estabelecida anteriormente de oferecer taxas favoráveis aos não fumantes. Por ex.: uma pessoa de 45 anos não fumante paga 30% menos.¹²

Na área de educação e promoção de saúde os organismos não governamentais desenvolveram projetos inovadores, são eles:¹²

-Linha telefônica para os querem deixar de fumar: Um número de telefone com chamada gratuita, durante a Semana Nacional Sem tabaco, para proporcionar informação e acesoramento básico.¹²

-"Espaços sem Fumaça": Programa orientado inicialmente as escolas e ampliado depois a outros centros, para estimular e reconhecer os espaços sem fumaça;

-"Salta a corda pelo teu Coração": Atividade destinada a arrecadar fundos para animar aos jovens a fazer ginástica e levar vidas saudáveis.

-"Charagraf": Concurso de cartazes anti-tabagismo para os estudantes de Quebec, em colaboração com Music Plus (Much Music)¹²

E. CARACTERÍSTICAS GERAIS

Os esforços para o controle do tabagismo no Canadá tem duas características essenciais: natureza global e qualidade intersectorial.¹²

Tem aspecto global porque este esforço inclui um programa que, simultaneamente, interfere no cultivo, na publicidade, na aquisição e no consumo, como podemos ver no texto. Apenas o processo de fabricação não é afetado diretamente.¹²

A qualidade intersetorial é vista uma vez que diversos atores trabalham em conjunto para se atingir as metas da ENRCT. Participam deste trabalho desde os diversos órgão federais até grande parte dos empresários privados. Quase todos respaldam de modo explicito a ENRCT e participam ativamente de suas atividades. Assim pode-se ver a coalizão inicialmente referida neste texto.¹²

F. RESULTADOS OBTIDOS

Por último podemos enumerar alguns resultados importantes obtidos pelos esforços de controle do tabagismo no Canadá:

1) Desde a introdução da legislação federal, em 1989, a evolução da fabricação indica que a produção de cigarro diminuiu em 9% até 1991.

2) Os nomes dos produtos derivados do tabaco (por ex., marca de cigarros) aparecem com uma frequência muito baixa nos meios de comunicação.

3) As vendas de tabaco, em 1990, foram as mais baixas em 10 anos, o mesmo ocorreu com a média per capita

4) Melhora comprovada da qualidade do ar em locais de trabalho;

5) Em torno de 57% dos fumantes afirmam ter encontrado restrições sobre os lugares ou momentos em que poderiam fumar; e 88% dos mesmos assinala que estas restrições fizeram com que fumassem quantidades diárias menores;

6) Os canadenses têm mostrado um alto grau de respaldo às medidas de prevenção e controle. As pesquisas também mostram um alto grau de conhecimento popular sobre as campanhas de educação pública efetuadas pelo governo federal.¹²

RESULTADOS

A análise comparativa da realidade sobre o tabagismo e das medidas de prevenção e controle apresentou os seguintes resultados;

Economia

Ambos os países apresentam uma longa tradição no cultivo do tabaco, o que deduz-se que há uma forte inserção do tabagismo na cultura destes países;

No Brasil há uma quantidade maior de famílias pobres, fator que pesa no consumo.

O Brasil possui uma dívida externa, que leva há uma necessidade de exportar e, como o tabaco é um importante produto de exportação, este produto é sobrevalorizado, causando uma “dependência” econômica. Diferentemente, o Canada apresenta uma situação econômica favorável, não dependendo do tabaco e ainda, a algum tempo, vê o tabaco como um importante causador de prejuízos.

Em ambos o impacto econômico é alto. Na produção agrícola do tabaco são empregados 4,2% e 4% da população rural ativa. No Brasil o tabaco participa no ganho de aproximadamente 2,5 milhões de pessoas, são números muito expressivos.

Publicidade

O Brasil apresenta restrições bem menos severas que o Canadá:

As medidas mais efetivas (rotatividade, advertências, etc) e oficiais de restrição são relativamente novas tanto no Brasil quanto no Canadá. Sendo que no Brasil elas foram tomadas 4 anos depois que no Canadá.

No Brasil além de novas elas são mais limitadas. Prova disso é a forma inusitada de propaganda realizada no Brasil: patrocínio de campanhas de vacinação.

Preços e impostos

O tabaco sofre uma alta taxaço nos dois países, porém no Brasil seu preço final é muito baixo, o que favorece em muito o consumo. (uma diferença de 500%)

Comercializa  o

O contrabando tem aumentado nos dois países, nos últimos anos. Poderá por isso interferir nas estatísticas futuras.

Dois fatores pesam contra o Canadá: livre venda de cigarros em farmácia e existência de máquinas especiais para a venda do cigarro.

Prevalência

A prevalência de fumantes atuais não apresenta diferenças importantes: 39,9% no Brasil contra 32% no Canadá.

O Brasil difere por apresentar uma tendência de alta, enquanto que no Canadá a tendência    para se manter.

O grau de exposi  o    fumaça do cigarro é semelhante entre os dois países.

Saúde

Os   ndices gerais são parecidos: 20% das disfun  es são atribuíveis ao tabaco no Canadá, enquanto que 26,8% das mortes são atribuíveis às DTAs no Brasil.

Tanto no Canadá quanto no Brasil as DTAs ocupam as primeiras coloca  es nas listas de causas de mortes.

Os acidentes por agrotóxicos são importantes no Brasil.

O número de casos de Câncer de Pulmão vem aumentando nos dois países, nas últimas duas décadas.

Em rela  o ao   ndice de Maturidade, o Brasil apresenta um   ndice aproximadamente 50% menor que o Canadá. Contudo o Brasil mostra tendência de aumento.

A  es de Preven  o e Controle

Há um interesse maior pelas APC no Canadá pela sociedade e pelos governos federal e das províncias.

A legislação é mais ampla no Canadá.

As atividades são mais freqüentes no Canadá

Há maior inserção de noções do malefício do tabagismo nas escolas do Canadá.

O apoio financeiro aos programas canadenses, onde parte da arrecadação com impostos são direcionados diretamente a estes programas;

No Canadá o governo estimula aos agricultores a abandonar as plantações de tabaco através de financiamentos especiais;

A luta no Canadá está mais organizada no Canadá, o que parece que ocorrerá na Brasil com a Coordenação única do INCA;

Apesar do Brasil ter ficado aquém do Canadá nesta comparação, as últimas medidas apontam para progressos importantes na luta contra o tabagismo realizada neste país.

DISCUSSÃO

O desafio do combate da epidemia tabágica, devido a sua complexidade, implica em ações coordenadas, planejadas, integradas e que possam ser avaliadas periodicamente¹³. Esta afirmação é ratificada por David Satcher¹⁴, que diz: “Somente através de uma abordagem ampla à prevenção do uso do tabaco poderemos acalantar a esperança de acabar com este flagelo que acarreta incapacidade e mortes desnecessárias...”. As recomendações da Organização Mundial de Saúde, dadas aos países membros seguem exatamente este princípio.¹³

Ao avaliar-mos as medidas tomadas contra o tabagismo no Brasil e Canadá podemos ver claramente que elas seguem este princípio, porém visivelmente ainda estão em um grau inferior ao necessário para reduzir o tabagismo a níveis esperados (sendo que comparativamente ao Canadá o Brasil se encontra em uma situação pior), pois apesar das medidas citadas esses países apresentam índices de prevalência de consumo e de saúde preocupantes.

O princípio estabelecido para o combate do tabagismo: ação de amplo espectro, foi estabelecido através de estudos epidemiológicos, sociais e culturais sobre as causas da alta prevalência deste hábito. As causas consideradas foram:

- história de 300 anos de consumo, apenas dentro da sociedade moderna;
- tratamento como produto miraculoso, medicamentoso, sagrado, e viril dispensado pelas sociedades no início de sua história moderna; em grande parte foi responsável pela difusão do hábito -até hoje a indústria do tabaco associa a imagem de virilidade ao tabaco em sua publicidade, por motivos óbvios-;
- importante participação econômica deste produto nas sociedades- No Brasil, podemos inclusive verificar que, infelizmente, há uma espécie de “dependência” econômica, cuja necessidade de obtenção de divisas é um dos fatores que geram esta dependência. Este é um argumento frequentemente utilizado pelas indústrias tabagistas, porém é invalidado por vários estudos.¹³
- intensa publicidade- que inclusive recentemente mudou seu enfoque, passando principalmente para os jovens e crianças;

- causador de dependência física, através da nicotina contida no produto. Esta é ainda manipulada para aumentar sua concentração no cigarro.

De um modo geral podemos considerar que as medidas anti-tabagistas adotadas nesses dois países são semelhantes entre si e entre os demais países que possuem programas anti-tabagistas, por estabelecerem diretrizes iguais (educação, legislação restritiva e proibitiva, estímulo ao abandono, proteção aos não fumantes, programas de informação). Apesar da ainda alta prevalência, apresentaram alguns bons resultados. No Canadá a prevalência de fumantes reduziu de 50 para 34% em 20 anos, e continua em descenso, porém agora mais lento. O Brasil apresentou índices semelhantes para a população masculina, sendo que na população feminina tanto o consumo quanto os índices de saúde mostraram um importante aumento, mantido atualmente nesses níveis. No mundo também podemos observar bons resultados obtidos pelas campanhas anti-tabagistas. Por exemplo, nos Estados Unidos, Noruega, Suécia, Finlândia e Reino Unido houve diminuições expressivas a partir do início das campanhas.¹³

Assim como no Canadá o governo federal chamou para si a responsabilidade da luta anti-tabagista apenas no início da década de 80. Portanto talvez seja precipitado julgar-mos essas medidas com tão pouco tempo de história comparado aos 300 de história moderna do tabagismo- a história completa inicia-se a 3.000 anos atrás.

Algumas vozes têm surgido criticando as ações anti-tabagistas adotadas, observando os paradoxos destas ações. É o caso do Prof. PhD. Darcy Roberto Lima 9, que se refere as ações anti-tabagistas da seguinte maneira: "...O grande problema é que para a solução e prevenção definitiva dos riscos do tabagismo é preciso muita vontade, decisão e cooperação na área, algo que inexistente entre os envolvidos no problema, que digladiam combatendo o tabagismo de forma alarmante, histérica e infantil. Muitos países ricos combatem o tabagismo..., ao mesmo tempo que gastam fortunas incalculáveis na produção de armamentos convencionais e nucleares, cujo único objetivo é a destruição da vida."; e dos Dirs. e Drs. David Satcher e Michael Eriksen¹⁴, que afirmam: "...o tabagismo é como fator único a maior causa de mortes. No entanto continuamos assolados por um problema inteiramente evitável.

A respeito das conseqüências para a saúde, que no Canadá são muito graves e que no Brasil caminha para esta situação¹³, a 8ª Conferência Mundial

sobre Tabaco e Saúde, ocorrida em Buenos Aires, faz uma previsão um tanto alarmante, principalmente para os países em desenvolvimento. Ela chama a atenção para o fato de que se a tendência atual do tabagismo persistir, nos próximos 30 anos, 7 milhões de pessoas morrerão ao ano nesses países por doenças tabaco associadas.

A Indústria Tabagista têm exercido um papel de destaque na manutenção do alto consumo de tabaco no mundo e no Brasil. Para atingir seus objetivos ela tem lançado mão de artifícios lícitos e ilícitos.

Os artifícios lícitos compreendem basicamente a publicidade (propagandas, patrocínios, promoções, etc.). Como este trabalho mostra a publicidade é menos restringida no Brasil em relação ao Canadá e aos demais países desenvolvidos.

Comprovadamente, a publicidade foi desviada para o público jovem, como estratégia para manter os padrões de alto consumo. Nos Estados Unidos, por exemplo, os gastos com propaganda e promoções cresceram 78% e, intencionalmente ou não, estas atividades são direcionadas aos jovens.¹⁰

Ainda nos Estados Unidos, Pierce et al. Concluiu que as campanhas de propaganda que acompanharam a introdução uma marca de cigarros feminina na década de 60 foram associadas com o início do tabagismo em menores adolescentes do sexo feminino.¹⁰

Um outro artifício muito usado é o patrocínio de grandes eventos esportivos (Fórmula 1, Motociclismo, Ralis, etc.) e de outros eventos como festivais de música e dança, além das “campanhas de vacinação”, que foram patrocinadas especificamente no Brasil.

Uma postura que merece destaque é a recusa de uma agência brasileira de publicidade em desenvolver campanhas para as indústrias tabagistas no Brasil. Seu presidente justifica esta postura afirmando: “...É uma questão de responsabilidade social... Eu não posso induzir a atos ou consumo de produtos que prejudiquem a saúde ou ocasionam milhares de mortes no Brasil” e acrescenta: “O marketing do cigarro visa conquistar o adolescente de 14 anos. Não é justo propor aos jovens o que não quero para os meus filhos”.

O uso de artifícios ilícitos foi denunciado no Congresso Norte-americano pelo diretor do FDA (Food and Drug Administration) em 1994. Este artifício consiste no aumento dos níveis de nicotina através da engenharia genética e de

tratamentos químicos ⁵, para manter a fármaco-dependência no consumidor. Talvez este seja um dos fatores mais importantes que leva o indivíduo a fumar.

Por isso a participação dos médicos é fundamental, constituindo-se no principal personagem na luta anti-tabagista. Além do que, cabe aos profissionais da saúde a promoção da saúde.

O médico tem contato com pelo menos 70% de todos os fumantes a cada ano() e são os mais respeitados e acreditados entre os profissionais da saúde. Segundo Russell ¹, “ quando consultam o médico, as pessoas estão numa situação onde a percepção de sua própria vulnerabilidade é máxima, especialmente se a queixa é relacionada ao tabagismo”. O simples aconselhamento ao paciente fumante por poucos minutos e um folheto sobre o tema, por exemplo, podem ter êxito, aumentando a taxa de abandono do vício de fumar em até 5% ¹. Se a motivação é fundamental para o indivíduo deixar de fumar, o encorajamento e o apoio na decisão de abandonar o vício são indispensáveis. ¹ Portanto cabe ao médico dar o exemplo e promover medidas de apoio ao abandono.

Dentre os métodos utilizados para levar ao abandono do vício de fumar, destacam-se os medicamentosos, a criação de reflexos de aversão e os de esclarecimento individual ou de grupos selecionados. Entretanto, os programas educativos, comunitários ou nacionais, atingem os melhores resultados. ¹³

O comportamento médico no Brasil, em relação ao tabagismo, precisa ser mudado. ¹ Segundo o Grupo Assessor do PNCF brasileiro considera imprescindível incluir nos congressos na área da saúde, tema sobre o tabagismo..., e incluir o tema no currículo das Faculdades de Medicina. ¹

Nesse sentido é preciso ressaltar a iniciativa dos coordenadores do XXXº Congresso Paralelo do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina-1996 de incluir no programa do evento o tema Tabagismo.

No Brasil, o INCA, elaborou um documento direcionado aos médicos de empresas, orientando-os sobre o uso do nicotina trans-dérmica. Este texto afirma que 5% dos pacientes fumantes que desejam parar de fumar necessitam deste tratamento. É um número a se discutir. Afirma ainda que as vantagens desse sistema são a facilidade de aplicação e efeitos colaterais mínimos e as desvantagens são o desenvolvimento de tolerância aos efeitos da nicotina, levando o paciente a fumar uma quantidade maior e as conseqüências deletérias à

saúde, principalmente cardiovasculares. Porém, alerta que os programas educativos são fundamentais e que o sistema trans-dérmico é de alto custo e com sucesso terapêutico de 30%.⁶

Voltando a questão da luta anti-tabagista, o combate ao desenvolve-se essencialmente em duas frentes: visando os jovens, incluindo crianças e adolescentes, para que não comecem a fumar, e aos adultos fumantes, para que abandonem o tabaco.¹³

No Brasil, segundo os dados obtidos no presente estudo relativamente pouco se faz em relação ao primeiro item(jovens). Num estudo realizado no Brasil, junto com outros três países da América Latina revelou que: 100% dos estabelecimentos pesquisados vendem cigarro a menores em 5 das 6 cidades pesquisadas. Mostra portanto que a legislação é pouco respeitada, talvez por ser branda em suas punições estabelecidas, e/ou por características próprias da cultura da sociedade; mostra também que é comum a venda de cigarros avulsos, ato proibido pôr lei, e que encoraja a primeira experiência pôr jovens. Paradoxalmente nesta mesma pesquisa 99% dos adulto fumantes e não fumantes pesquisados apoiam a legislação que proíbe a venda a menores.¹⁰

Uma pesquisa realizada em escolas inglesas sugere que os estudantes que não trabalham formalmente o tabagismo no currículo são mais susceptíveis a ingressar no vício de fumar.¹⁰

No Canadá parece haver uma falha, coincidente ou não, onde, justamente no período crítico de iniciação entre os jovens, 10 a 12 anos, não se trabalha a questão nas escolas. Contudo, de um modo geral este país desenvolve medidas de educação nas escolas com maior freqüência que o Brasil.¹²

Em 1969, Swartz, examinou 62 programas de abandono do tabaco (Nos EUA, Canadá, Austrália, Inglaterra, Noruega, Suécia, e vários outros países, cujas técnicas eram as mais diversas (analgésicos, tranqüilizantes, nicotina, adstringentes, etc.), concluiu que poucos deles conseguiu altos índices de sucesso e assim mesmo somente nos casos de "real decisão dos tabagistas".¹³

De fato parece que a última palavra é do indivíduo fumante. Por isso parar de fumar deve ser encarado como a primeira etapa do tratamento, necessitando continuar a ação no ex-fumante para consolidar a cura.¹³

O Canadá mantém cursos periódicos para estimular o abandono do vício, inclusive com a presença de pessoas homólogas e personalidades de destaque; está a frente do Brasil, que apresenta atividades discretas, muitas vezes promovidas por organizações não governamentais. Como é o caso do Movimento Adventista.

Em relação a proibição da propaganda, uso da anti-propaganda e restrições à venda, o Brasil passou para um nível intermediário em relação aos demais países. Pois ainda permite a publicidade na mídia, com algumas restrições. O Canadá, assim como Alemanha, EUA, Itália, URSS, Singapura, e dezenas de outros países, proíbe totalmente a publicidade.¹³

No item proteção aos direitos dos não fumantes, o Canadá também está à frente do Brasil, porém ficou atrás de vários países até o final dos anos 80, quando aprovou uma lei que protege os direitos dos não fumantes. O Brasil não se encontra em situação muito desconfortável nesta área, pois também já restringiu e vem restringindo significativamente os locais de livre consumo. A cidade de São Paulo é um exemplo disto, com a aprovação de uma lei que obriga os restaurantes da cidade a reservarem áreas para fumantes.^{12,13}

Recentemente, a Finlândia mostrou um importante exemplo de sucesso na luta contra o tabagismo. Neste país uma combinação da proibição da propaganda com restrições ao fumar em lugares públicos e uma pesada taxação causaram a redução no consumo de cigarros de 7,1, em 1995, para 5 bilhões de unidades em 1995. Portanto uma redução de quase 30% em apenas 5 anos.⁹

O uso da taxação de impostos tem sido considerada numa das mais importantes medidas anti-tabagistas. O gráfico 1 mostra claramente a relação inversa entre aumento de impostos e diminuição do consumo.

O Brasil como vimos possui os menores preços de cigarros do mundo. Isto é um fator muito importante que deve ser corrigido.

Todavia, a partir deste estudo podemos afirmar que o Brasil está organizando-se corretamente, que está gradativamente está aumentando seu combate ao tabagismo e, dentro de limites, apresentando bons resultados em alguns itens. podemos afirmar que muitas coisas precisam ser feitas. A publicidade deve ser completamente proibida, as leis vigentes cumpridas, os programas de educação e as informações disseminadas, deve-se buscar o engajamento dos profissionais de saúde, aumentar o preço final, "convocar" a

participação ativa de toda a sociedade, proteger ainda mais a saúde dos não fumantes, etc.

Essas medidas, contudo, devem ser tomadas sem ferir o direito fundamental de qualquer indivíduo: o direito individual.

Finalmente, é recomendável rever o conteúdo programático das escolas médicas, assim como os hospitais universitários devem promover junto a toda a população que frequenta este hospital programas específicos de redução do tabagismo, quiçá aproveitando-se de todo o contexto universitário no qual está inserido.

CONCLUSÕES

A partir da análise dos dados obtidos neste estudo, conclui-se que:

1- O Brasil é um país marcado pôr particularidades sócio-econômicas e culturais, que exigem medidas diferenciadas para a melhor eficiência dos programas de prevenção e controle;

2- A prevalência e as conseqüências á saúde decorrentes do tabagismo são preocupantes nos dois países;

3- A tendência é que o problema piore ainda mais no Brasil;

4- O poder econômico é talvez o maior obstáculo, junto com o fármaco dependência para o sucesso dos programas de prevenção e controle;

5- O Brasil está no caminho certo em relação as medidas de prevenção e controle, porém falta apoio e engajamento maior por parte da sociedade, especialmente dos médicos, políticos e governantes.

Talvez, por isso, as estratégias de compensar os possíveis prejudicados com a diminuição do consumo de tabaco e de neutralizar a fármaco-dependência são as mais eficazes, junto com a elevação do preço, na luta difícil contra o tabagismo.

BIBLIOGRAFIA

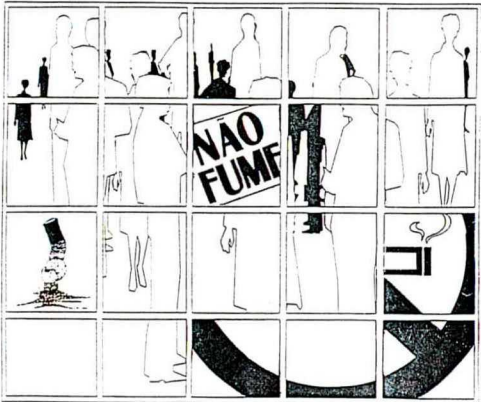
- 1 -Campos, H.S.-Tabagismo na Classe Médica do Estado do Rio de Janeiro. Tese UFRJ, 1991/Pulmão -RJ 1993, IV(2): 13 a 26
- 2 -Center for Disease Control. - Tabaquismo y Salud en las Américas - Informe de la Cirujana General, 1992; DHHS, N (CDC) 92-8420.
- 3 -Lima,D.R. -Manual de Farmacologia Clínica, Terapêutica e Toxicológica- Ed. Guanabara Koogan.RJ 1994, pág 274.
- 4 -Ministério da Saúde/INCA/serviço de controle do tabagismo - Epidemiologia do tabagismo no Brasil. RJ 1994.
- 5 -Ministério da Saúde/INCA/serviço de controle do tabagismo - O controle e a manipulação de nicotina em cigarros. RJ 1994.
- 6 -Ministério da Saúde/INCA/serviço de controle do tabagismo - Considerações sobre o uso de nicotina transdérmica/roteiro de intervenção médica a ser desenvolvido pela equipe de saúde de uma empresa. RJ 1994.
- 7 -Ministério da Saúde/INCA/serviço de controle do tabagismo - CPCT/Programa de educação primária/projeto de controle do tabagismo. RJ 1995.
- 8 -Ministério da Saúde/INCA/serviço de controle do tabagismo - Controle do tabagismo: um desafio. RJ 1992.
- 9 -Ministério da Saúde/INCA/serviço de controle do tabagismo - Atualidades em tabagismo. Out-Dez/94. Vol 3. N° 3.
- 10 -Ministério da Saúde/INCA/serviço de controle do tabagismo - Atualidades em tabagismo. 1995. Vol 4. N° 4.
- 11 -Ministério da Saúde/INCA/serviço de controle do tabagismo - Economia e Tabaco. RJ. 1995.
- 12 -Organización Panamericana de la Salud - Tabaco o Salud: Situación en las Americas. 1992. PC 560.
- 13 -Rosemberg, J. - Tabagismo: Sério Problema de Saúde Pública. SP. Ed Almed. EDUSP. Vol II. 1988.
- 14 -Satcher, D. e Eriksenn, M. - Paradoxo do Controle do Tabagismo - Suplemento JAMA. 1994. Vol IV. N° 10.
- 15 -Secretaria de Estado da Saúde/Gerência de Ações Especiais/Programa Estadual de Combate ao Fumo/Fpolis - SC 1995.
- 16 -INC-Instituto Nacional do Câncer - <http://www.ibase.br/~incancer/>
- 17 -WHO-World Health Organization - <http://www.who.ch/.programs/psa/toh.htm/>

ANEXO 1

Figuras ilustrativas do material de educação e comunicação elaborado pelo Programa de Prevenção e Controle do Tabagismo no Brasil.

Manual do Participante

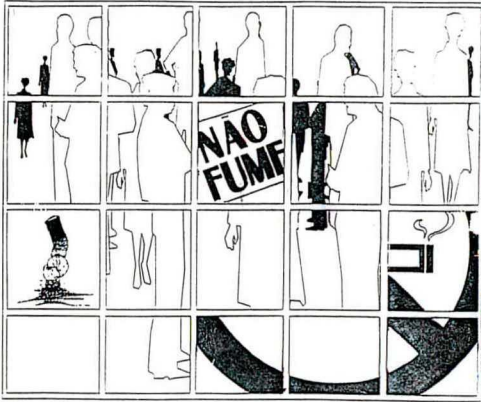
Parar de Fumar
Uma decisão inteligente



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer - INCA
Coordenação de Programas de Controle de
Câncer — Pro-Onco

Manual do Coordenador

Parar de Fumar
Uma decisão inteligente



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer - INCA
Coordenação de Programas de Controle de
Câncer — Pro-Onco

**PARAR
DE
FUMAR**



**Uma
decisão
inteligente**

Ministério da Saúde
integrado ao
Banco do Brasil

**QUALQUER QUE SEJA O MÉTODO,
JUNTE-SE AO TIME DOS NÃO FUMANTES**



QUE CUIDADOS DEVE TER O EX-FUMANTE

O ex-fumante pode observar alterações no seu organismo. Elas são passageiras e podem persistir por algumas semanas, mas desaparecem progressivamente com o passar do tempo, pois são devidas à dependência que a nicotina provoca no organismo.

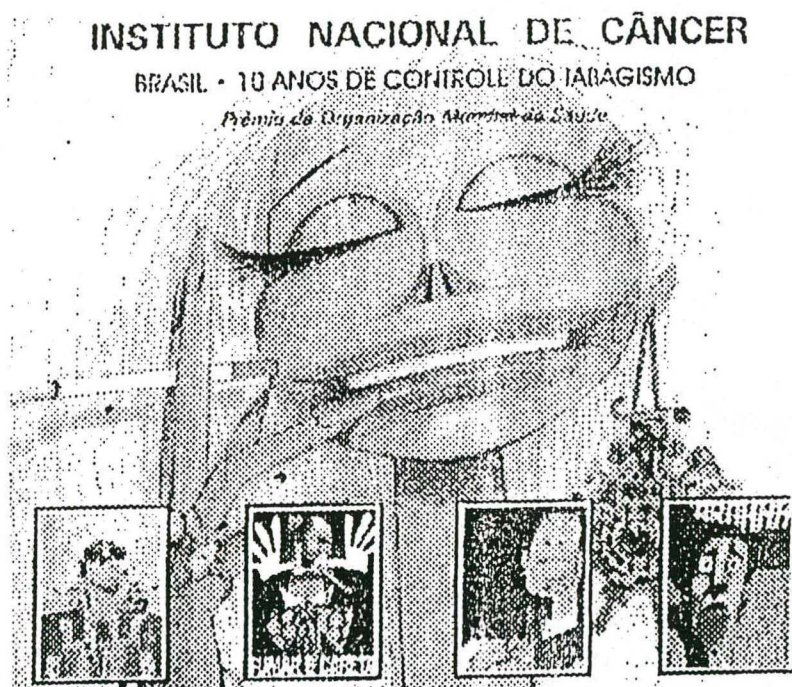
É importante não se deixar influenciar por essas mudanças e achar que voltar a fumar é a decisão mais certa. Conscientize-se! O seu organismo foi intoxicado durante anos e precisa de tempo para livrar-se da nicotina que se impregnou nele e passar a funcionar livre da influência dela.

Veja o que pode lhe ocorrer e como superar esses efeitos transitórios da suspensão da nicotina:

- **IRRITAÇÃO E MUDANÇAS DE HUMOR** – Procure fazer alguma coisa. Divirta-se. Faça exercícios. Pratique o esporte da sua preferência. Coma uma fruta ou beba seu suco ou mastigue um pedacinho de canela ou cravo.

ANEXO 2

Cartazes confeccionados com o objetivo de caracterizar o ato de fumar elaborados pelo Programa de Prevenção e Controle do Tabagismo no Brasil.



ANEXO 3

Selo emitido em 1991 com o tema: Prevenção e controle do tabagismo no Brasil.





E N T R E

A SEM FUMAR

OBRIGADO



Instituto Nacional de Câncer

**TCC
UFSC
CM
0324**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0324

Autor: Dario, Aníbal José

Título: A realidade das consecuencias do



972802534

Ac. 253481

Ex.1 UFSC BS CCSM